

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

139

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

Ramón PIÑERO-FERNÁNDEZ

Né le 11 Avril 1900, à Porto-Rico (E. U.)

INTERPOSITION
HÉPATO - DIAPHRAGMATIQUE
DU COLON

Président : M. LOEPER, Professeur

LES ÉDITIONS VEGA
43, Rue Madame, 43
PARIS
—
1933

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

Ramón PIÑERO-FERNÁNDEZ

Né le 11 Avril 1900, à Porto-Rico (E. U.)

INTERPOSITION
HÉPATO-DIAPHRAGMATIQUE
DU COLON

Président : M LOEPER, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS
—
1933



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

Clinique médicale	CARNOT. BÉZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ. LEREBOULLET. NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	LENORMANT.
Clinique des maladies infectieuses	CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET.
Clinique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique d'accouchements	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	LÉON BERNARD.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	HOVELAQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiâ- trie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri.	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI..	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphi- ligraphie.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ...	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.

LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.

MM.

RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRA		HEITZ-BOYER ...	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
BASSET	Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale
		LE LORIER	
		LÉVY-SOLAL ...	
		METZGER	
		GUÉNIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédi- que chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé ...		Education physique.
LEDoux-LEBARO		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Qui fut toute pour moi d'abnégation et de sacrifice et au souvenir de laquelle je garde une pieuse vénération.

A MON FRÈRE

A MES SOEURS

A l'affection et au dévouement de qui je dois tant.

En témoignage de ma grande reconnaissance et de mon amour fraternel.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

*Qui m'a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR F. TRÉMOLIÈRES
Médecin des Hôpitaux

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse.*

*Qu'il veuille bien accepter
mes très vifs remerciements
pour sa grande amabilité à mon
égard, pour la bienveillance
qu'il n'a jamais cessé de me ma-
nifester, et pour les conseils
éclairés qu'il m'a donnés pour
exécuter ce travail.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Interposition Hépatc-Diaphragmatique du côlon

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Parfois, en cherchant à délimiter le foie par la percussion, l'on constate que la matité hépatique est remplacée par une zone de sonorité plus ou moins étendue qui se continue au-delà du rebord costal, repère habituel du bord antérieur du foie, avec la sonorité abdominale. C'est sur la ligne mamelonnaire ou dans l'aisselle que siège cette zone sonore. De forme triangulaire, à sommet supérieur, elle s'étend, d'ordinaire, sur une hauteur de 5 à 10 centimètres. Il est rare qu'elle affecte une autre forme.

L'on peut contrôler par la phonendoscopie les résultats fournis par la percussion. L'on constate alors que l'aire sonore se prolonge, au-dessous du rebord costal, avec la sonorité colique, non avec la sonorité gastrique.

Etudie-t-on par la radiologie cette anomalie révélée par l'examen clinique, l'on aperçoit, au-dessous de la coupole diaphragmatique, tantôt au milieu de l'ombre hépatique, une région moins sombre, tantôt en dehors de cette ombre, une plage claire, d'étendue variable, qui peut atteindre les dimensions de la main. Cette plage est uniforme ou sillonnée par l'image des plis coliques.

Un bol opaque, ingéré sept à dix heures auparavant, révélant la moitié droite du cadre colique; un lavement baryté dessinant, en une injection rétrograde, le gros intestin, s'insinuent dans la poche claire située en avant ou en dedans du foie et spécifient ainsi son origine colique.

La sonorité partielle de la région hépatique, la zone claire à laquelle elle correspond, l'examen ra-

diologique précisant la nature colique de cette zone claire, révèlent une interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

Cette sonorité partielle pré-hépatique, il n'est guère de praticien qui ne la constate en percutant le foie ; mais quand on la perçoit au hasard d'un examen, on l'attribue d'ordinaire à un météorisme passager de l'intestin, on la considère comme un phénomène rare et sans signification particulière, et on continue l'examen sans s'y attarder.

Or, c'est un fait assez fréquent et qui possède une réelle valeur sémiologique.

Il n'est pas exceptionnel de déceler cette zone sonore quand on se donne la peine d'explorer la matité hépatique en percutant la paroi thoracique, non seulement du mamelon vers les fausses côtes, mais aussi du sternum vers l'aisselle droite. Déjà, nombre de radiologistes et de cliniciens ont signalé quelques exemples isolés de cette ectopie colique : A. Bécclère, qui l'a mentionnée pour la première fois en 1899 ; Laurent, Marot, Huguet, Meyer, Weinberger, Perussia, etc. ; Chilaïditi, Letulle, Jaugas, Le Noir et Gilson en France, Buerger et Podkaminsky en Allemagne, ont étudié sa pathogénie.

Après avoir trouvé par hasard deux exemples d'ectopie colique à la consultation gastro-entérologique de l'hôpital Boucicaut, F. Trémolières a pu, en pratiquant systématiquement une exploration minutieuse de la matité hépatique, en déceler plus de vingt autres cas.

L'étude de ces observations confirme la conclusion déjà formulée par F. Trémolières dans son premier travail (1), que l'interposition colique est une conséquence des pérviscérites abdominales adhésives.

(1) F. TRÉMOLIÈRES. L'Interposition hépato-diaphragmatique du côlon. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 26 nov. 1929.

Elle permet d'en préciser certains détails pathogéniques et certaines particularités diagnostiques et d'en dégager la signification sémiologique.

RAPPEL ANATOMIQUE DE LA LIMITE INFÉRIEURE DU FOIE

La glande hépatique, disent Poirier et Rouvière, occupe la partie la plus élevée de la cavité abdominale, à savoir, la presque totalité de l'hypochondre droit, une partie de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. La partie qui occupe l'hypochondre gauche varie suivant les sujets, et sur le même sujet, suivant la réplétion de l'estomac. Le foie est recouvert par les sept ou huit dernières côtes ; il est placé au-dessous du diaphragme qui le sépare des poumons et du cœur, au-dessus de l'estomac et de la masse intestinale. Sa face postérieure s'appuie sur le corps des trois dernières vertèbres dorsales.

D'une façon générale, on distingue trois faces dans le foie : les faces supérieure, inférieure et postérieure, séparées par trois bords qui se divisent en bord antérieur, postéro-supérieur et postéro-inférieur.

La face inférieure, qui est normalement en rapport avec l'angle colique droit et les parties voisines des côlons ascendant et transverse, est irrégulièrement plane ; elle regarde en bas, en arrière et à gauche. Trois sillons la parcourent, deux dans le sens antéro-postérieur et l'autre dans le sens transverse.

Les sillons antéro-postérieurs ou longitudinaux, distingués en sillons droit et gauche, sont un peu obliques d'avant en arrière et de droite à gauche et suivent la même inclinaison que la face inférieure du foie.

Le sillon transverse, ou hile du foie, s'étend entre les deux sillons antéro-postérieurs, en avant et très près du bord postérieur du foie, suivant une direction un peu oblique en arrière et à gauche.

Ces trois sillons découpent la face inférieure du foie en quatre segments ou lobes ; à savoir : le lobe gauche, le lobe droit, le lobe carré et le lobe de Spiegel. Chacun de ces lobes présente des rapports différents avec les viscères abdominaux. Leur surface offre des empreintes creusées par les organes en rapport avec eux.

Dans tout ce rappel anatomique, c'est le lobe droit qui nous intéresse le plus par son rapport direct avec le segment colique que nous étudions.

Selon Rouvière, la surface du lobe droit est creusée de dépressions larges et superficielles ; chaque dépression n'est que l'empreinte du viscère sur lequel ce lobe repose et se modèle. D'avant en arrière, on constate l'empreinte colique droite ; plus en arrière de cette empreinte, on voit l'empreinte rénale déterminée par la partie sus-mésocolique de la face antérieure du rein droit. Plus en arrière de l'empreinte colique et en dedans de l'empreinte rénale le long de la partie postérieure de la vésicule biliaire, on voit une étroite dépression : c'est la facette ou empreinte duodénale qui correspond à la partie sus-mésocolique de la deuxième portion du duodénum.

Les autres lobes du foie ne sont pas d'ordinaire, ni normalement, ni anormalement en contact avec le côlon. C'est presque toujours le côlon droit qui contracte avec le lobe droit du foie des connexions anormales.

Le côlon ascendant, compris entre le cæcum et l'angle colique droit, monte à peu près verticalement un peu obliquement cependant en haut et en arrière ; il devient de plus en plus profond à mesure

qu'il monte pour s'unir finalement avec le côlon transverse. De bas en haut, il touche en dehors à la paroi latérale de l'abdomen et au diaphragme ; en dedans aux anses intestinales et à l'extrémité inférieure de la deuxième portion du duodénum ; en avant à la paroi abdominale antérieure par l'intermédiaire des anses intestinales, et enfin à l'empreinte colique du lobe droit de la face inférieure du foie.

Entre le côlon ascendant et le transverse, se trouve l'angle droit ou hépatique de côlon. Il est ordinairement aigu, oblique en avant et en dedans, avec son ouverture qui regarde en avant, en bas et en dedans. On peut aussi voir cet angle hépatique prendre l'ouverture d'un angle droit ou plus ou moins obtus.

L'angle colique droit est situé dans l'espace triangulaire ouvert en bas, compris entre le rein droit en arrière et le foie en avant. En arrière, la capsule péri-rénale et le fascia d'accolement qui résulte de la soudure du péritoine colique au péritoine pariétal, le séparent de la moitié ou du tiers inférieur du rein droit. En avant, l'angle colique droit se met en rapport avec le lobe droit de la face inférieure du foie. En dedans, il est en rapport avec la deuxième portion du duodénum. En dehors, il est relié au diaphragme par le ligament phrénicocolique droit.

Enfin, le côlon transverse, qui fait suite au côlon ascendant par l'intermédiaire de l'angle colique droit, présente deux parties : l'une droite, fixe, et l'autre gauche, mobile. C'est la partie droite qui, seule, se met en rapport en avant et en haut avec le foie.

LE SYNDROME CLINIQUE

L'individualité clinique de l'interposition hépatodiaphragmatique du côlon est réduite à la seule sonorité partielle pré-hépatique. « Nul signe fonctionnel, tel qu'une douleur locale, nul symptôme général n'appartient en propre à cette interposition cœli-que : les troubles qui accompagnent cette donnée à l'examen physique sont l'effet, non de l'interposition, mais de ses facteurs étiologiques et, lorsque survient un accident, tel que l'occlusion intestinale, aiguë, subaiguë ou chronique, c'est une complication de l'affectation primitive, une exagération des causes de l'ectopie bien plus qu'un aboutissant de l'ectopie elle-même ». (F. Trémolières).

Encore l'examen radiologique est-il nécessaire pour contrôler l'existence de l'ectopie et, surtout, spécifier ses nature et origine.

Après les deux premières observations qui ont fait l'objet de l'article initial de F. Trémolières (1), plus d'une vingtaine de nouveaux cas ont été recueillis par la suite. Ces nouveaux cas ne sont pas une trouvaille clinique ou radiologique. Ils sont le résultat d'une exploration systématiquement pratiquée. Ce que la recherche habituelle de la matité hépatique laissait croire une anomalie exceptionnelle, apparaît, à une percussion méthodique, comme une ectopie assez fréquente au cours des affections du tube digestif.

(1) *Bull. de l'Académie de Médecine*, nov. 1929.

LE SYNDROME RADIOLOGIQUE

Après constatation de la sonorité partielle pré-hépatique et pour confirmer le diagnostic d'interposition hépato-diaphragmatique du côlon, il faut procéder à l'examen classique du tube digestif après ingestion d'un bol opaque. Il arrive parfois qu'un obstacle, une bride de péricolite le plus souvent, entrave la progression de la gélobarine ingérée et retarde la réplétion colique. L'on doit alors y suppléer par un lavement opaque qui dessine le côlon par sa progression ascendante.

A la radioscopie directe, sans préparation, l'on distingue d'autant mieux l'interposition colique que le côlon, placé en avant du foie, est distendu par une aérocolie ; en ce cas, une plage grise tranche, au-dessus du rebord costal, sur l'opacité hépatique, qui estompe d'ailleurs la clarté aérocolique, moins nette en cette région que dans le reste de la cavité abdominale. Quand le côlon est placé entre la face externe du foie et la paroi de l'aisselle, sa clarté contraste plus vivement avec l'ombre hépatique qui, refoulée en dedans, ne prend plus contact avec la voûte diaphragmatique que par une surface réduite et parfois même en est complètement séparée.

Après ingestion d'un bol opaque, la gélobarine remplit d'ordinaire au bout de sept à dix heures, le cæco-ascendant, l'angle sous-hépatique et la moitié droite du côlon transverse. Quand on a constaté, en position frontale, dans la station debout comme en décubitus dorsal, l'interposition du côlon en avant ou sur le côté droit du foie, l'on applique sur la paroi thoracique, au pont où se projette l'anse interposée, un index métallique. L'on fait alors tourner le sujet debout en incidence O. A. D., puis en position sagittale et on observe la situation de cette

anse par rapport à l'index. L'on peut ainsi la repérer plus facilement, la spécifier et la distinguer des autres anses qui peuvent accoler ou superposer leur ombre à la sienne.

Quand un obstacle quelconque entrave la progression de la gélobarine ingérée et retarde la réplétion colique, un lavement opaque est alors nécessaire pour dessiner le côlon par sa progression ascendante. Point n'est besoin d'une forte pression ; l'on pousse ce lavement jusqu'à la moitié du côlon transverse, et l'on fait coucher le malade sur le côté droit : par le fait de la pesanteur, le liquide opaque pénètre dans l'angle sous-hépatique, franchissant les endroits contractés et refoulant les gaz vers l'angle splénique, lorsque des spasmes ou l'aérocolie semblent devoir gêner sa progression.

Le cadre colique injecté dans son ensemble, l'on peut définir l'objet et les causes de l'interposition colique. Généralement, c'est l'angle sous-hépatique qui s'insinue le plus souvent entre la face antérieure du foie et le diaphragme, ou, plus rarement, entre celui-ci et la face latérale du foie, dans l'aisselle.

Parfois, c'est un dolichocôlon sigmoïde refoulé jusqu'à l'hypochondre droit par l'aérocolie générale, qui vient se placer entre la masse hépatique et la coupole diaphragmatique. Engels a signalé l'interposition du cæcum.

L'ectopie colique n'est pas toujours permanente. Elle peut s'atténuer ou disparaître quand le malade change de position. Selon Le Noir et Gilson, l'ectopie est plus accentuée en position debout qu'en décubitus par suite du changement de situation des viscères pleins dans ces deux attitudes. Au contraire, d'après F. Trémolières et A. Tardieu, en position verticale le poids de la masse colique, accru du poids de la gélobarine, ramène, d'ordinaire au-dessous du foie le segment oblique interposé.

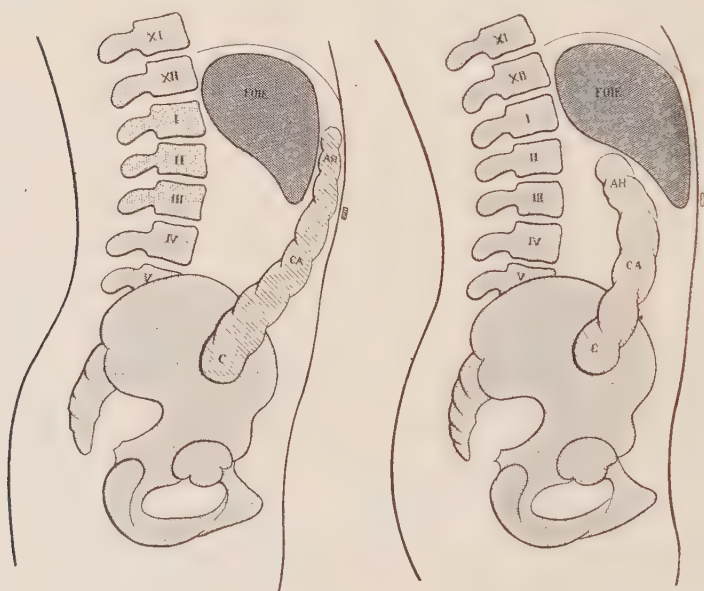
L'on peut voir aussi l'interposition varier spontanément dans la même position, à des examens successifs. Il semble que le degré du météorisme intestinal en soit la cause principale, sinon exclusive. Dans une des observations ici reproduites où une occlusion aiguë a été l'aboutissant d'une péricolite, l'interposition, constatée quatre ans auparavant, s'est accentuée rapidement pendant les quelques heures de l'occlusion, pour disparaître définitivement dès la création de l'anus iliaque, suivie de la libération des anses agglutinées. Dans l'observation xiv où l'interposition par péricolite, disparue en quelques jours sous l'action d'un régime restreint et végétarien, reparut avec les troubles de colite et le météorisme abdominal, à la suite d'une reprise trop précoce de l'alimentation mixte.

Ainsi par le passage du décubitus à la station debout et par la diminution du météorisme abdominal, F. Trémolières a pu constater l'atténuation ou la suppression de l'ectopie colique.

Si l'on se contentait du seul examen clinique, on risquerait de faire des erreurs de diagnostic. L'examen radiologique, qui contrôle et définit l'interposition colique, permet aussi d'éviter ces erreurs.

Il peut arriver qu'une percussion assez forte de la région hépatique éveille au-dessus du rebord costal, sur une zone limitée, une sonorité, moins nette que celle de l'ectopie colique, mais qui contraste cependant avec la matité hépatique normale. En regardant bien à l'écran, on constate que la zone de sonorité atténuée correspond bien à l'image de l'angle sous-hépatique, mais que celle-ci est située, non en avant, mais en arrière du rebord antérieur du foie. Le malade étant placé en position sagittale, dans l'interposition hépato-diaphragmatique, le segment colique insinué entre le diaphragme et le foie est aplati, accolé à la paroi costo-diaphragmatique, dis-

tant de 2 à 3 centimètres seulement de l'index métallique. Au contraire, quand la sonorité pré-hépatique est douteuse, mal définie, l'angle sous-hépatique apparaît, plus ou moins net, plus ou moins distendu par des gaz, incurvé d'avant en arrière, suivant la face inférieure du foie, éloigné de l'index métallique, et d'autant plus que le sommet de l'angle remonte plus haut ; le côlon a conservé sa situation normale, mais, distendu par des gaz, il est situé derrière le foie plus ou moins basculé en avant, et dont le bord antérieur le sépare de la paroi thoracique. C'est ce que Guilbert et Tardieu appellent le syndrome postérieur de la sonorité pré-hépatique (1),



(1) Ch. GUILBERT et A. TARDIEU : Contribution à l'étude de la sonorité pré-hépatique. *Bull. et Mém. de la Société de Médecine de Paris*, n° 8, séance du 23 avril 1932.

qui n'est que l'exagération de la disposition normale, et qui est souvent lui-même le point de départ d'une interposition vraie du transverse dans la première portion ou dans sa partie moyenne.

Après avoir contrôlé et défini d'interposition colique, l'examen radiologique fournit aussi des renseignements de haute valeur sur les lésions qui accompagnent et conditionnent l'ectopie : appendicite chronique, ulcus pylorique ou duodénal, périviscérités adhésives consécutives à ces affections, méga ou dolichocôlon le plus souvent sigmoïde, etc...

ETIOLOGIE-PATHOGÉNIE

Décelée par l'examen clinique et identifiée par la radiologie, l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon ne semble au premier abord constituer qu'une anomalie de peu d'intérêt. Elle suscite, en réalité, un problème pathogénique difficile et discuté, et possède une valeur sémiologique importante.

Quatre forces concourent à maintenir en place la masse hépatique, à savoir : la pression négative intra-thoracique, qui s'exerçant sur les 400 centimètres cubes de la face supérieure du foie, représente une force attractive de 4 kilogrammes (Kayser) ; les ligaments falciforme, coronaire et triangulaire, renforcés par la veine cave inférieure, qui rattachent la glande à la paroi thoraco-diaphragmatique ; le tonus des muscles abdominaux et le coussin élastique plus ou moins gonflé d'air de la masse intestinale, qui soulèvent le foie de bas en haut : C'est par l'équilibre de ces forces que la glande hépatique est maintenue dans l'hypochondre droit, contre la coupole diaphragmatique.

Nombre d'hypothèses ont été émises pour expli-

quer les causes sous l'action desquelles le cœlon se glisse en avant ou à côté du foie, dans sa loge sous-diaphragmatique. Les auteurs qui ont abordé cette question pathogénique font jouer à ces différents facteurs de l'équilibre hépatique ainsi qu'au volume et à la conformation du foie un rôle plus ou moins important.

Podkaminsky fait remarquer que la pression exercée par la masse intestinale, lorsqu'elle s'accroît, ne peut s'exercer favorablement sur le foie que si celui-ci est de forme et de volume normaux ; s'il est atrophié, dans l'ensemble ou l'un seulement de ses lobes, l'intestin distendu tend à se glisser entre sa surface et la paroi phrénique, le séparant de celle-ci au lieu de l'y appliquer.

Chilaiditi attribue le rôle principal à un abaissement du foie, consécutif à la faiblesse ou à une défecuosité de l'appareil ligamenteux, à l'atonie de la paroi abdominale ; distendu par les gaz, le cœlon, dont le méso ou le ligament hépato-phrénico-colique est allongé, vient prendre sa place sous le diaphragme droit.

Pour Letulle et Aubourg, ce n'est plus une hépatoptose, mais une altération morphologique du foie qui permet l'ectopie colique. Celle-ci due à une atrophie partielle de la glande hépatique, dont les bords, le droit surtout et la face postérieure, ménagent un recessus rétro et même sus-hépatique, et à une malformation de la fin de l'iléon, du cœcum, du cœlon ascendant et du méso correspondant, qui, laissant à cette portion de l'intestin une mobilité anormale, lui permet de pénétrer dans le recessus et de s'y loger d'une manière temporaire ou définitive.

Des causes multiples, d'importance variable, sont pour Buerger à la base de l'ectopie colique : augmentation de la pression abdominale dans la région hépato-diaphragmatique ; diminution du volume

du foie; due à diverses maladies de cette glande ou à des troubles généraux ; adhérences entre le foie et la région pylorique, attirant à gauche la masse hépatique et diminuant l'action de soutien exercée sur elle par le coussin intestinal, qui tombe chez le malade amaigri par les troubles gastriques liés à ces adhérences.

L'étude des observations qu'ils ont pu suivre a permis à F. Trémolières et A. Tardieu d'attribuer à ces adhérences entre le foie et la région pylorique à cette péricolite sous-hépatique un rôle capital dans la production de l'interposition colique, rôle auquel vient s'ajouter, pour expliquer les variations de celle-ci, le météorisme abdominal. (1)

Dans toutes leurs observations, l'on constate, en effet, l'existence d'une affection d'un viscère abdominal : ulcus pylorique ou duodénal, cholécystite, appendicite chronique, typhlo-colite, capable de provoquer, dans son voisinage adhésive : périviscérite du carrefour supérieur, péri-typhlo-appendicite, péricolite localisée ou ascendante.

Dans deux des observations publiées, un ulcus pylorique ou duodénal coïncide avec l'interposition colique ; dans une troisième l'on trouve bien sur le pylore la nodosité d'un ulcus ancien, mais comme nulle adhérence n'accrole le pylore ou le duodénum au foie, tandis qu'il existe une appendicite chronique avec péricolite ascendante (bride sous-iléale et accollement en canon de fusil de l'ascendant et du transverse), c'est évidemment, non à l'ulcus, mais à l'appendicite chronique et à la péricolite ascendante que revient le rôle étiologique. Dans des cas publiés par Buerger, Weiland, Podkaminsky, cette

(1) F. TRÉMOLIÈRES et A. TARDIEU. L'Interposition hépato-diaphragmatique du côlon. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, n° 10, décembre 1931 et *Revue Médicale française*, 1932.

coïncidence de l'interposition et de l'ulcus para-pylorique est également signalée. Podkaminsky pense que la péri-pyloro-duodénite, ajoutée au petit épiploon, renforce la solidarité hépato-gastro-duodénale et attire à gauche la masse hépatique. Selon Buerger, en entravant le transit pylorique, elle provoque la dilatation de l'estomac attaché au foie, augmente par la surcharge gastrique le poids que celui-ci supporte, et les troubles dyspeptiques entraînent par l'amaigrissement général, une diminution de volume de la glande hépatique.

Dans les 14 autres observations publiées dans le travail de F. Trémolières et A. Tardieu, l'on relève toujours l'existence d'une inflammation d'un organe placé dans la moitié droite de l'abdomen : appendicite chronique (9 cas) typhlo-colite chronique (4 cas), compliquées ou non de cholécystite chronique, cholécystite seule (1 cas), et, dans tous ces cas, l'on note une *complication constante, la périviscérite abdominale adhésive*, péricolite ascendante partie du carrefour inférieur, ou périviscérite du carrefour supérieur. Ainsi, fait important, qu'elle naisse au carrefour supérieur, consécutive à un ulcus gastrique, pylorique ou duodénal, ou à une cholécystite, ou qu'elle parte du carrefour inférieur, à la suite d'une appendice ou d'une typhlo-colite chronique *la péricolite adhésive* apparaît comme un élément commun à ces diverses affections et c'est toujours *dans la région sous-hépatique* qu'elle se forme ou qu'elle aboutit.

Autre fait à noter : c'est dans presque tous les cas, *l'angle sous-hépatique* et les deux segments coliques qui les constituent, qui s'insinuent entre le diaphragme et le foie ; dans une seule observation, c'est l'anse sigmoïde, mais elle accompagne l'angle hépatique, unie et fixée au côlon ascendant par des adhérences, résultat d'un long épisode inflammatoire.

Péricolite d'origine variable, mais toujours située sous le foie, accolant à cet organe l'angle colique droit qui y est normalement adjacent, la partie voisine de l'ascendant ou du transverse ou tout autre segment colique attiré en cet endroit par une adhérence adhésive préalable, le bridant, le comprimant jusqu'à l'étrangler, telle est la condition anatomique de l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

Cette condition anatomique est nécessaire, mais elle ne paraît pas suffisante. La *distension colique* par aérophagie ou fermentation doit s'ajouter pour forcer le passage entre le foie et le diaphragme. Le météorisme intestinal a été toujours constaté dans les observations, soit à l'examen clinique, soit à la radioscopie, soit à l'intervention même. S'il cesse, l'interposition disparaît à son tour ; reprend-il, elle se réforme ; s'accroît-il rapidement au cours d'une occlusion aiguë, elle augmente en même temps que lui.

L'association des effets de la péricolite adhésive sous-hépatique et du météorisme intestinal est indispensable à la production de l'ectopie colique. Les périviscérites adhésives sous-hépatiques sont fréquentes, et pourtant l'on ne constate l'interposition colique que dans certains cas où le ventre est très ballonné. Rien de plus banal que le météorisme ; mais le plus souvent, s'il soulève un peu le foie, quand il est très développé, il ne détermine pas la sonorité partielle pré ou latéro-hépatique, plus ou moins persistante, que chez les malades atteints de l'angle colique (mésocourt), et au carrefour, un périviscérite adhésive.

Dans une observation de Letulle, où il existe une malformation hépatique. L'augmentation de la pression intra-colique suffit à provoquer l'interposition. Le côlon distendu se logeait, sans effort, dans l'es-

pace laissé libre par l'atrophie d'un lobe hépatique ; mais, quand le foie possède sa forme et son volume normaux, il faut, pour forcer le passage entre son bord antérieur et le diaphragme, l'accumulation des gaz dans un angle sous-hépatique bridé par la péricolite.

Ainsi, en règle générale, pour provoquer l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon, deux facteurs sont nécessaires et suffisants : la péricolite adhésive sous-hépatique et le météorisme intestinal ; ils associent leurs effets dans des proportions variables chez le même sujet, selon les positions qu'il prend et les moments auxquels on l'examine. Sans doute aussi faut-il, pour que l'ectopie colique se produise, une laxité particulière du mésocôlon ascendant. Quant aux autres facteurs incriminés, tels que la modification de la pression thoracique due à la pleurite chronique, ils ne sont que contingents et d'importance minime.

L'interposition hépato-diaphragmatique du côlon est, en somme une conséquence des périviscérites adhésives sous-hépatiques. L'existence de celle-ci est constante. Aussi l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon possède-t-elle une réelle valeur sémiologique : sa constatation suffit à faire affirmer l'existence d'une péricolite sous-hépatique et à en faire rechercher les causes.

Ces données générales établies, comment, par suite de la périviscérite sous-hépatique et du météorisme intestinal, l'interposition parvient-elle à se produire ? Pour établir son mécanisme, il faut considérer l'anatomie des replis du péritoine sous la face inférieure du foie (1).

Le côlon ascendant est fixé sur la face postérieure de l'abdomen par un méso-côlon plus ou moins

(1) Ch. GUILBERT et A. TARDIEU, *loc. cit.*

complet, mais généralement assez court, qui le retient sous la face inférieure du foie chez l'individu normal. Ce méso, qui s'insère près de l'empreinte surrénale, est renforcé par des ligaments dont les noms varient avec les auteurs.

D'une façon un peu schématique, on peut décrire : un ligament hépato-colique ou ligament de l'angle colique (méso-court) et au carrefour, un ligament cystico-colique et un ligament duodéno-colique. Entre ces ligaments, le mésocôlon est presque fixe. Il est susceptible cependant de se disloquer, comme nous le verrons plus loin par un exemple.

Il en résulte que, théoriquement, l'angle hépatique nettement postérieur, ne peut s'interposer en avant du foie, que sous l'influence d'un mécanisme : 1° de dislocation vers le bas ; 2° d'allongement des méso et des ligaments ; 3° puis d'adhérences pathologiques tardives s'exerçant sur un plan antérieur. C'est ce qu'on observe dans la radiographie de l'observation.

Plus souvent, à notre avis, ce n'est pas l'angle qui s'interpose, mais la première portion du côlon transverse. L'angle restant postérieur peut même quitter sa position sous-hépatique, s'abaisser, alors que la première portion du transverse remonte. Tirillée d'une part par les ligaments, surtout par le cystico-colique, elle forme d'abord un angle dont le sommet est plus médian que normalement. La circulation colique entravée, la tension intra-intestinale augmentée, favorisent le développement et l'accentuation de cette angulation anormale, d'ailleurs décrite par Lejars. L'interposition se fait en aval du ligament rétréci.

Ainsi le mécanisme de l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon comporte à la fois l'existence atypique d'un méso long pour l'ascen-

dant, et d'une adhérence antérieure luxant cet angle, qui se trouve reporté au même niveau antéro-postérieur que le transverse. De ce mécanisme, Ch. Guilbert et A. Tardieu ont observé un très bel exemple, chez un sujet suivi depuis quelques années. L'évolution fut la suivante : d'abord péricolite et pérityphlite limitée au cæcum et à la portion basse de l'ascendant ; opération pour appendicite chronique. A l'examen fait un an plus tard, l'angle hépatique est haut situé et rigide, l'ascendant est très douloureux et, la radiographie faite de profil, montre que l'angle hépatique s'incurve en avant et s'interpose directement.

DIAGNOSTIC

D'habitude, on ne pense pas à l'ectopie colique. Une zone sonore pré-hépatique, plus ou moins nette, n'attire pas l'attention du médecin ou bien il croit à un tympanisme passager dû à d'autres affections, qui peuvent y ressembler. Il faut rechercher « ce syndrome » (F. Trémolières) toutes les fois qu'on fait l'examen d'un malade qui vient consulter pour des troubles digestifs. On a pu constater, à la consultation gastro-entérologique de l'hôpital Boucicaut, sa fréquence relative parmi les sujets atteints de péricolite.

L'examen radiologique joue, dans le diagnostic positif et différentiel de l'interposition hépatodiaphragmatique du côlon, un rôle capital et supplée souvent à l'enquête clinique défailante.

On n'a pas besoin de l'examen radiologique pour faire la part qui revient au tympanisme dû au simple *météorisme abdominal* qui refoule le foie en haut, rendant ainsi sonore la partie inférieure de l'hypochondre droit. Dans les cas d'ectopie colique

vraie, la sonorité pré-hépatique est partielle, le plus souvent de forme angulaire, échancrant la zone mate du foie. Elle ne ressemble en rien à cette sonorité dite à tort pré-hépatique, en réalité sous-hépatique due au simple météorisme intestinal, qui, allongée tout le long du rebord costal sur une faible hauteur, disparaît avec le météorisme qui lui a donné naissance ; la percussion minutieuse montre que le côlon suit son trajet normal au-dessous de la glande hépatique simplement surélevée, dont la matité n'est en rien entamée par la sonorité colique.

Parfois le tympanisme pré-hépatique n'est que le signe classique et de grande valeur des *péritonites aiguës*. Dans ce cas, il est total et non partiel comme dans l'ectopie colique. De plus, la sonorité constatée s'accompagne des autres symptômes caractéristiques de l'inflammation péritonéale.

Mais il est d'autres affections pour le diagnostic desquelles la radiologie est utile et même nécessaire.

La sonorité de l'hypochondre droit sans signes inflammatoires ferait penser à une *inversion viscérale*, si la palpation ne montrait pas que la pointe du cœur bat près du mamelon gauche et si l'exploration radioscopique ne laissait pas voir les autres organes à leur place habituelle.

Dans l'*abcès sous-phrénique gazeux*, en plus de la zone sonore sous-hépatique, d'autres signes d'inflammation locale et générale s'y ajoutent, et l'examen à l'écran, en position debout, nous fait voir une zone opaque liquide, horizontale, mobile à la succussion et limitée en haut par une image claire et gazeuse.

Le *pneumothorax de la base droite* peut être aisément écarté, car ici on trouve des symptômes pleuro-pulmonaires qu'on ne trouve pas dans l'ec-

topie colique. A l'écran, on voit une zone claire comme celle donnée par l'ectopie colique avec cette différence que dans le pneumothorax elle est nettement sus-diaphragmatique et indépendante du cadre colique.

Il est des cas où une zone de sonorité et une image claire pré-hépatique, fournies par le tube digestif lui-même, peuvent simuler l'interposition colique. Par exemple, des *kystes gazeux de l'intestin grêle*, qui s'insinuent dans l'espace phréno-hépatique (Bonnamour, Badolle et Beaupère). En plus des symptômes de sténose pylorique ou de péritonite aiguë ou chronique accompagnant la sonorité de l'image pré-hépatique, le lavement baryté révèle que c'est l'intestin grêle qui occupe l'hypochondre droit.

La *hernie diaphragmatique* de l'estomac, si elle ne s'accompagne pas de symptôme d'ordre inflammatoire, peut, dans son trajet dans la cavité thoracique, fournir un tympanisme pré-hépatique ; mais ce tympanisme est situé plus à gauche que dans l'ectopie colique, et l'ingestion de gélobarine montre qu'il appartient à l'estomac, alors qu'un lavement opaque permet de constater que le côlon conserve son trajet habituel.

Dans les cas d'interposition hépato-diaphragmatique du segment pyloro-duodénal, qui ne s'accompagnent d'aucun signe clinique révélateur, c'est l'examen radiologique seul qui permet d'en affirmer la nature.

TRAITEMENT

Les traitement de l'interposition hépato-diaphragmatique est celui des deux facteurs pathogéniques, c'est-à-dire la péricolite adhésive sous-hépatique et

le météorisme intestinal dû, soit à l'aérophagie, soit à la colite ou aux fermentations hydrocarbonées.

Contre l'élément névropathique, on conseille des compresses chaudes sur l'abdomen, des antispasmodiques non paralysants, tels que le bromure de sodium et de la valériane. Contre la colite nous avons les ferments lactiques, les vaccins mixtes, le bismuth, le charbon animal, les mucilages, la solution alcalino-phosphatée, l'opothérapie digestive, un régime alimentaire surbordonné aux résultats coprologiques, les cures à Châtel-Guyon et à Plombières. Dans les cas de fermentations hydrocarbonées, il faudra réduire l'ingestion des hydrates de carbone et employer les ferments qui facilitent la digestion.

A moins que des accidents aigus n'obligent à recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale, un traitement médical doit être essayé contre les adhérences péricolitiques. Son principal moyen est la physiothérapie : héliothérapie et rayons ultra-violets, particulièrement utiles quand la tuberculose entre en ligne de compte, rayons infra-rouges, qui calment bien la douleur, et surtout diathermie. Celle-ci assure, d'après Gaston Durand, dans 30% des cas, par des applications suffisamment prolongées, une suppression stable et prolongée des douleurs abdominales ; dans 10%, elle procure une sédation des douleurs permanentes ou paroxystiques, qui permet le retour à une vie active ; dans 60%, son échec est complet.

Le mésothorium en injection sous-cutanée a été conseillé par M. Lœper comme analgésique sur les centres sensitifs dans les névrites et pléxalgies qui accompagnent les periviscériles.

La solution de Jacobson (éther-éthyl-benzyl-cinnaméique) en solution huileuse est conseillée en deux ou trois séries de douze injections quotidiennes in-

tra-musculaires séparées par des repos de quinze jours.

Le massage, pratiqué par une main très expérimentée, après la disparition de tout élément colitique surajouté, doit aider à l'action du médicament précédant.

Selon Rosenthal et Baumann, la gymnastique contribue aussi à obtenir le relâchement des adhérences ou des néoformations fibreuses.

Très souvent, la suppression du météorisme aidée de ces traitements de la péricolite suffit à faire disparaître l'ectopie.

En cas d'échec de ces moyens thérapeutiques, ou lorsque des accidents aigus surviennent, lorsque persistent les douleurs, si l'état général s'aggrave, si des complications surviennent, on ne doit pas hésiter : l'intervention chirurgicale s'impose après extinction des phénomènes aigus. L'intervention sur les adhérences péri-entéro-coliques : leur dissociation selon le plan de clivage, ainsi que l'a préconisée G. Lardennois, pratiquée après refroidissement des inflammations causales, et suivie d'application de rayons infra-rouges et de diathermie, prévient d'ordinaire leur reconstitution.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Interposition hépato-diaphragmatique sous hépatique. Ulcus duodénal très adhérent à la face inférieure du lobe hépatique gauche. Epiploïte intense, adhérente au côlon ascendant. Péricolite étranglant à sa base l'angle sous-hépatique qui forme une grosse bulle entre le foie et le diaphragme.

Sœur E..., 23 ans. En 1926, début de douleurs gastriques, à type de pesanteur, sans horaire fixe, calmées par des vomissements alimentaires survenant peu après les repas et accompagnés de deux hématémèses. Après une sédation de huit

mois, douleurs gastriques et vomissements reparaissent, accompagnés de douleurs dans l'hypocondre droit et même dans la région appendiculaire. Fin 1928, diarrhée durant huit jours.

Sœur E., qui séjourne dans l'Afrique du Nord, souffre d'accès palustres.

A l'examen physique, sensibilité vive du carrefour supérieur. Sur une hauteur de trois travers de doigt et au-dessus du rebord costal droit, la matité hépatique est remplacée par une zone de tympanisme ; au-dessus de cette zone, matité sur deux travers de doigt, surmontée par la sonorité pulmonaire.



OBSERVATION 1. — Fig. 1.

Poumons normaux.

Cœur : normal. Mx : 10 et Mn : 8. Rate : matité de trois travers de doigt. Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

Radioscopie (D^r Pierron). — Estomac couché très obliquement sous le foie : poche à air presque médiane. L'antre prépylorique et la région pylorique, cachés derrière le corps de l'estomac, ne sont visibles qu'en position oblique à 45°. Les contours de la poche gastrique sont réguliers. Nulle sensibilité en cette région. Contractions très énergiques, efficaces dès le début. Le bulbe duodénal, vu en oblique, est régulier, triangulaire : D₂ y est immédiatement accolé. Transit duodénal à plein calibre.

Après lavement opaque, qui remplit facilement et sans arrêt le côlon, l'angle sous-hépatique apparaît en avant du foie, distant de trois travers de doigt de la coupole diaphragmatique droite, en décubitus dorsal. Peu mobilisable, il paraît fixé, aussi bien en position horizontale qu'en décubitus dorsal (fig. 1).

Intervention chirurgicale (G. Lardennois). — Ulcus de la deuxième portion du duodénum, pénétrant dans le lobe gauche du foie, très difficile à détacher du tissu hépatique. Forte réaction inflammatoire de l'épiploon gastro-hépatique, de tout le grand épiploon, surtout dans sa partie droite, tout le long du côlon ascendant et de son méso. A 4 ou 6 centimètres au-dessous de l'angle sous-hépatique, le grand épiploon est accolé au côlon ascendant, qu'il étreint ; ainsi étranglé à sa base, l'angle sous-hépatique forme une sorte de poche qui vient se placer au-devant du foie ; celui-ci paraît un peu plus gros que d'ordinaire. Rétro-pylore-duodénite intense, congestive.

1° Intervention. — Gastro-entérostomie, après dégagement des adhérences coliques et duodénales.

2° Intervention. — a) Appendicectomie. Liquide séreux péritonéal. Appendice libre et peu malade ; pas d'adhérences.

b) On repasse ensuite par l'incision sus-ombilicale. Estomac et épiploon très adhérents à la paroi. Estomac tordu. Libération de la bouche de gastro-entérostomie.

OBSERVATION 2. — *Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique et des segments coliques adjacents dans la région axillaire. Ulcus pylorique non adhérent au foie. Appendicite chronique. Brides sous-iléales. Adhérences unissant la portion droite du transverse au foie. Péricolite transverso-ascendante et pariéto-descendante. Subocclusion et dilatation colique permanente. Sclérose pulmonaire du sommet droit et pleurite adhésive de la base droite.*

Henri C..., 51 ans, soigné en 1914 pour ulcus gastrique. En 1917, plaie thoracique droite pénétrante. Actuellement, dou-

leur épigastrique en broche, continue, surtout accusée après les repas en position assise ou la nuit en décubitus gauche. Constipation habituelle. Tension et sensibilité de l'épigastre et de la région sous-costale gauche. Foie normal. Sclérose lé-



OBSERVATION 2. — Fig. 2.

gère du sommet droit. Pleurite adhésive des deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière. Cœur normal. Mx : 14, Mn : 9. Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

Examen radiologique (D^r Pierron). — Estomac légèrement hypotonique, attiré et fixé à droite du rachis, s'évacuant bien

en décubitus latéral droit, mais à travers un bulbe mal dessiné et par très petites bouchées ; le trajet duodénal ne peut pas être bien suivi, quelle que soit la position du malade.

Cæcum et côlon ascendant très dilatés. L'angle sous-hépatique apparaît sous la coupole diaphragmatique, contre la paroi thoracique droite, là où normalement devrait être l'ombre du foie, qui est repoussé vers la gauche (fig. 2).

La percussion pratiquée, le malade couché ou assis, en cette zone sur laquelle les constatations radiologiques ont attiré l'attention, montre qu'un tympanisme y remplace, dans l'une et l'autre positions, la matité hépatique sur une étendue de 4 à 5 centimètres. La phonendoscopie indique qu'il se continue avec la sonorité colique.

Voile léger du sommet droit, qui s'éclaire moins bien à la toux que le gauche. Le champ pulmonaire droit est un peu plus gris que le gauche, surtout dans les deux tiers inférieurs. Le sinus costo-diaphragmatique droit s'ouvre moins bien que le gauche à l'inspiration et le diaphragme droit est irrégulier dans l'inspiration profonde.

Intervention chirurgicale (G. Lardennois). — A l'ouverture de l'abdomen, le côlon distendu fait saillie à travers l'ouverture pariétale : l'augmentation de la pression abdominale est évidente. Le foie est en place sans nulle anomalie.

Sur le pylore, on trouve la nodosité d'un ulcus ancien ; mais nulle adhérence ne l'accôle au foie, non plus que le duodénum. Par contre, la portion du côlon transverse, en dedans de l'angle sous-hépatique, est unie au foie et à la vésicule biliaire par de fortes adhérences. L'on constate aussi l'existence d'adhérences accolant, en cañon de fusil, les côlons transverse et ascendant au voisinage de cet angle, unissant la face externe du côlon descendant, près de l'angle splénique, à la paroi thoracique ; d'adhérences membraniformes du mésocôlon et de la face antérieure du mésentère ; enfin, d'une bride sous-iléale de Lardennois, coudant l'iléon terminal. Ces adhérences, entravant et bridant le côlon, sont la cause d'un état de subocclusion qui explique la distension colique et l'augmentation de la pression abdominale. L'appendice, chroniquement enflammé, est minuscule.

Appendicectomie. Libération des brides et des adhérences péricoliques.

OBSERVATION 3. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle droit du côlon transverse. Sténose pylorique par ulcus calleux. Péricolite et périviscérite du carrefour supérieur.

Pierre Le M..., 22 ans, cultivateur, est hospitalisé le 5 février 1930 pour des douleurs épigastriques et surtout des vomissements qui se répètent depuis 15 jours. Les douleurs épi-



OBSERVATION 3. — Fig. 3.

gastriques irradient vers l'ombilic et vers l'hypocondre droit ; elles surviennent régulièrement 1 ou 2 heures après tous les repas (sensation de tiraillement, de brûlure et de gonflement). Leur durée est d'environ 3 heures. Elles s'accompagnent le plus souvent du rejet des aliments ingérés au repas précédent, rejet qui ne fait pas disparaître complètement la sensation de

brûlure. Les vomissements acides, abondants, alimentaires, se produisent le plus fréquemment après le repas du soir.

L'amaigrissement est de 5 à 6 kilogrammes depuis 15 jours.

La pression de l'abdomen permet de localiser un point douloureux sus-ombilical. La limite supérieure du foie siège à la sixième côte. A la percussion de l'hypocondre, une sonorité pré-hépatique est découverte dont la limite supérieure se superpose à la septième côte. Tous les autres appareils sont normaux.

L'examen radiologique pratiqué le 14 février 1930 (D^r Blanche), montre le côlon distendu dans son ensemble par des gaz. Le côlon ascendant et le tiers du transverse, sont interposés en avant de l'ombre hépatique. L'angle splénique affecte la forme d'une couronne, disposée sous la coupole diaphragmatique gauche et coiffant la poche à air gastrique (fig. 3).

L'estomac renferme, en grande quantité, des liquides de stase. Remplissage en neige. Le bas-fond est ptosé au pubis. Mobilisation facile, ne provoquant aucune douleur. Atonie : une demi-heure après le début de l'examen, aucune évacuation n'est amorcée.

Vingt-quatre heures après l'ingestion de gélobarine, la presque totalité du repas opaque occupe encore l'estomac, dont le bas-fond s'est élargi. Une très faible quantité colore le cæcum.

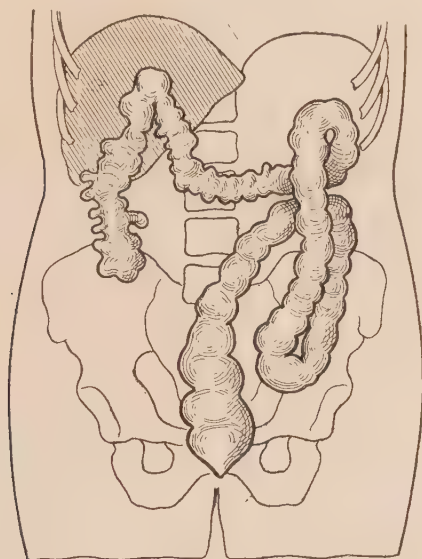
Le 21 février 1930, un lavement opaque est administré. L'ampoule rectale se dilate considérablement. Sur le côlon pelvien, long et pelotonné, est une zone spasmée où la baryte s'arrête, déterminant une distension énorme du rectum. Ce spasme cédant rapidement, le lavement progresse jusqu'à l'angle splénique étalé sous la coupole diaphragmatique. Sur la portion moyenne du transverse, qui croise la face antérieure de l'estomac, est une zone rétrécie qui s'oppose pendant un certain temps à la progression du lavement. Peu après, le transverse et le cæco-ascendant s'injectent. Leur calibre est considérable. Deux litres de liquide baryté sont répartis sans difficulté. Sur le cliché radiographique l'interposition hépato-diaphragmatique de l'angle et du transverse apparaît évidente.

L'opération pratiquée le 6 mars 1930 par le D^r Lardennois, a permis de vérifier l'existence d'une sténose très serrée du pylore par ulcus calleux, non dégénéré (vérification histologique). Appendicectomie pour appendicite chronique et libération des adhérences.

Le 29 mars, c'est-à-dire 23 jours après l'intervention, nous ne constatons plus aucun indice d'interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

OBSERVATION 4. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit. Appendicite chronique ; péricolite ascendante. Dolichocôlon sigmoïde. Obésité. Hypertension. Psoriasis. Episodes diarrhéiques avec furonculose.

M. S. M..., 44 ans, gros mangeur, obèse, souffre depuis une dizaine de jours de diarrhée, sans mucus ni sang, non accompagnée de coliques. Il y a un an, troubles digestifs, analogues, accompagnés également de furonculose. Depuis cette époque, il a maigri de 11 kilogrammes (97 kilogrammes pour une taille de 1 m. 85). L'examen pulmonaire et cardiaque ne révèle rien de pathologique Mx : 17, Mn : 11 au Vaguez-Laubry).



OBSERVATION 4. — Fig. 4.

Ventre ballonné de palpation difficile. La limite inférieure de la matité hépatique est perçue dans la région sous-mamelonnaire, à trois travers de doigt au-dessus du rebord costal. Dans la fosse iliaque droite, la palpation douce révèle un peu de résistance de la paroi. Rate normale. Réflexes tendineux et cutanés, réflexes pupillaires, normaux. Sur l'abdomen, les genoux et les coudes, lésions assez étendues de psoriasis.

Coprologie. — Pas de parasites ni d'œufs de parasites. Nulle trace de sang. Digestion des graisses incomplète, ainsi que

celle de l'amidon (grains d'amidon intracellulaire). Cellulose assez abondante. Traversée digestive rapide.

Examen radiologique (Dr Joulia). — Estomac tonique, en corne d'abondance, à contours lisses, mobile spontanément et passivement.

A la troisième heure, le bol opaque est réparti dans les portions basses du grêle et commence à pénétrer dans le côlon ascendant. A la huitième heure, il est entièrement inclus dans le côlon ascendant.

Un lavement opaque révèle l'existence d'un dolichocôlon sigmoïde qui remonte jusqu'à la troisième lombaire, puis s'infléchit dans la fosse iliaque pour se continuer avec le côlon descendant qui remonte verticalement vers l'hypocondre gauche. Ces deux segments coliques sont mobiles et indolores à la palpation.

L'angle splénique, volumineux, est spasmé. Ce n'est qu'après plusieurs mises en décubitus latéral droit, que le liquide opaque pénètre dans le côlon transverse. Ce dernier, de volume habituel, légèrement aérocolique, mobile et indolore, très haut situé, passe en avant de la deuxième lombaire, puis s'infléchit de bas en haut et rejoint l'angle hépatique, très profondément interposé entre la paroi costale et la face antérieure du foie. Cette position est confirmée par l'exploration en incidences O. A. G. et transversale, à plusieurs reprises.

L'interposition hépato-diaphragmatique du côlon au moment de cet examen, remonte à la hauteur de la projection de la dixième côte droite. La coupole diaphragmatique, de ce côté est surélevée, par rapport à la coupole gauche. Le côlon ascendant est très allongé, spasmé sur une longueur de 7 à 8 centimètres, à partir d'un point situé à 10 centimètres environ au-dessous de l'angle hépatique. Ses portions moyenne et inférieure, profondément contractées, sont peu mobiles à la palpation.

Le cæcum est normalement situé. Son bord interne est nettement sensible au palper profond.

En position verticale, la situation de l'angle hépatique reste inchangée.

OBSERVATION 5. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit. Périviscérite du carrefour supérieur avec péricolite de l'angle sous-hépatique. Cholécystite chronique avec crises aiguës. Appendicite chronique probable. Aéro-gastrocolie par aérophagie.

Mme E. B..., 32 ans, souffre de crises douloureuses de l'hypocondre droit, se reproduisant à intervalles variables depuis

3 ans. Le premier accès est survenu au cours d'une grossesse qui s'est terminée sans incident.

Après une période de quelques jours durant laquelle notre malade est d'une extrême fatigabilité, la douleur de l'hypocondre droit survient, le plus généralement le soir, et, s'accroissant progressivement, aboutit à la sensation extrêmement douloureuse, d'un écrasement siégeant sous les côtes. La douleur irradie en ceinture et dans la région dorsale. Au cours de chaque crise, la paroi abdominale est surdistendue. La période aiguë dure 2 heures environ. Elle est suivie pendant quelques jours, quelquefois même pendant 2 ou 3 semaines, d'un état nauséux, qui n'aboutit jamais au vomissement.

En 1922, ictère de type catarrhal. En 1918, infection intestinale étiquetée paratyphoïde, mais au cours de laquelle ni l'hémoculture, ni le séro-diagnostic ne furent pratiqués. Constipation habituelle.

Quelques frottements dans la fosse sus-épineuse gauche. Rythme cardiaque régulier. Abdomen météorisé dans toute son étendue. A la palpation, aucune sensibilité, en particulier dans la fosse iliaque droite.

La limite supérieure du foie est normalement située ; mais la percussion révèle, sur la matité hépatique, une zone de sonorité colique, qui s'étale sur une largeur de 3 travers de doigt environ.

Examen radiologique (D^r Blanche). — Estomac du type orthotonique. La poche à air, un peu dilatée, soulève la coupole diaphragmatique gauche. Les courbures sont régulières sous toutes les incidences. Le bas-fond gastrique se relève de 4 travers de doigt, en passant de la position verticale dans le décubitus dorsal. Aucun point douloureux sur l'aire et les bords gastriques. Evacuation normale. Hyperpéristaltisme léger dès le début de l'évacuation. Le bulbe duodénal, dont les bords sont réguliers, est couché horizontalement. Le transit duodénal se fait lentement. La moitié supérieure de la troisième portion est légèrement rétrécie ; mais, à partir de ce point, le transit duodénal se fait à plein calibre.

Toute l'anse duodénale est mobile dans son ensemble ; mais se déplace en masse, attirant l'angle colique droit dilaté par des gaz et immédiatement au contact, sans qu'il soit possible de les dissocier.

Au bout de 7 heures, de très nombreuses anses grêles, et surtout les anses iléales, un peu dilatées, sont injectées (stase iléale), ainsi que le bas-fond cæcal. Ce dernier, en situation normale, à bords réguliers, très mobile, est nettement sensible

à la palpation de son bord interne, en un point qui répond à l'angle iléo-cæcal.

Au bout de 9 heures, la masse opaque dessine à plein calibre tout le cæco ascendant et la portion droite du transverse. En position verticale, le pôle supérieur de l'angle hépatique du côlon semble n'atteindre que le rebord costal ; mais, en réalité, ce n'est que le niveau supérieur de la masse opaque qui atteint ce repère et l'angle hépatique dépasse très sensiblement



OBSERVATION 5. — Fig. 5.

les fausses côtes, comme l'atteste la présence d'une bulle d'air très dilatée, surmontant le niveau de la masse barytée. En décubitus dorsal, cette bulle d'air s'emplit de gélobarine et l'angle colique droit apparaît alors nettement interposé en

avant du foie, débordant le rebord costal d'environ 3 travers de doigt (fig. 5).

En outre, cet angle hépatique est légèrement attiré vers la gauche, à 2 centimètres environ du bord droit de la colonne lombaire, au contact immédiat de l'antrum pylorique de l'estomac dont il suit les déplacements en masse.

A la suite d'un traitement strictement médical, comprenant les laxatifs mécaniques, le charbon animal et les alcalins sous forme de la solution de Bourget, la péritiviscérite s'améliore. Les troubles fonctionnels se réduisent de plus en plus ; mais l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon est cependant perçue au cours des examens systématiquement pratiqués.

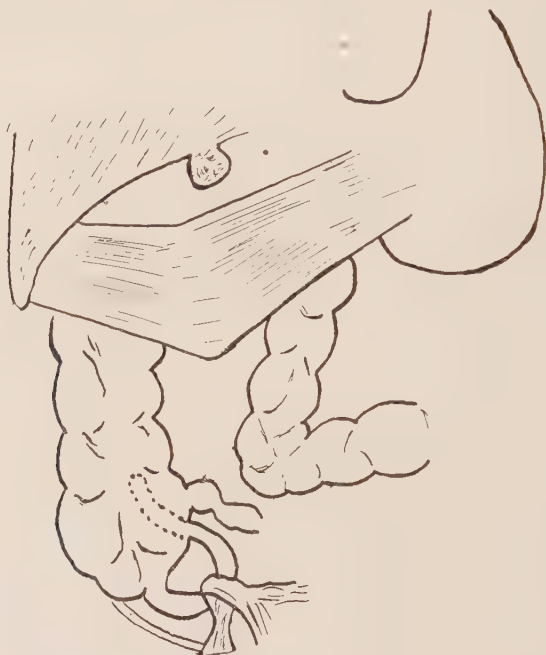
Du 8 au 26 novembre 1931, Mme P. B... est atteinte d'une stomatite aphteuse fébrile et très douloureuse qui s'accompagne de troubles digestifs fonctionnels et douloureux importants : constipation opiniâtre, douleur aiguë paroxystique de l'hypochondre droit et surtout de la base de l'hémithorax droit, en arrière. Aucun signe pulmonaire ni pleural n'explique cette douleur. Par opposition, la palpation de la fosse iliaque droite, pour la première fois, fait reconnaître une douleur provoquée, nettement localisée au point de Mac Burney, s'accompagnant d'une réaction de défense de la paroi. La fièvre continuant d'osciller aux environs de 38 degrés après guérison de la stomatite, après refroidissement de la fosse iliaque droite par un sachet de glace, l'intervention chirurgicale est pratiquée par le docteur Haller.

Opération. — 1° L'*appendice* est sous- et rétro-cæcal ascendant. Sous-cæcal d'abord, puis coudé et maintenu par une large bride contre le méso-appendicé. Il remonte en dedans et derrière le cæcum. La bride, de forme triangulaire, s'insère en bas, par sa base, sur la face antérieure du méso-appendice ; en haut, par sa pointe, elle embrasse l'appendice à 4 centimètres environ au-dessus de son point d'implantation et le coude fortement. A la dissection, il est atteint de placards de folliculite hémorragique très accentuée, surtout à la pointe. Trois coprolithes.

2° Sur le *côlon ascendant*, existe une membrane de Jackson de 5 centimètres de hauteur, avec ses néo-vaisseaux caractéristiques.

3° L'*angle colique droit* est complètement caché par une large bride qui s'étend entre le foie, en dehors et en haut, et la portion de l'antrum pylorique, en dedans. Cette bride suit à partir du foie un trajet oblique en haut et en dedans, se double pour envelopper complètement l'angle droit du côlon ;

puis, reprenant la même direction, va s'insérer sur la face antérieure de l'antrum pré-pylorique, près de la grande courbure. De son bord inférieur, en dedans, s'échappe la première portion (portion descendante) du côlon transverse, situé sur le plan antérieur et supérieur par rapport à la bride.



OBSERVATION 5. — Fig. 6.

Bride hépato-pylorique englobant l'angle colique droit.

Section de la bride et ligature par petits paquets, du côté du foie et de l'estomac d'une part, d'autre part, du côté de l'angle droit. Cet angle apparaît assez nettement libéré. Cette section opérée, la vésicule biliaire normale, bleuâtre, apparaît mince, souple au palper, maintenant visible. L'épiploon est jaune, souple ; son bord droit est libre.

Examen histologique : Appendicite chronique folliculaire assez accusée avec quelques poussées de lymphangite ténébrantes.

La bride est constituée par du tissu adipeux parcouru par des tractus fibroïdes un peu riches, par plaies en cellules fixes et en leucocytes mononucléés.

OBSERVATION 6. — Céphalée d'origine intestinale. Péricolite ascendante et du transverse, d'origine appendiculaire. Interposition hépato-diaphragmatique très étendue de la portion droite du côlon transverse.

M. B..., 42 ans, consulte l'un de nous le 23 juin 1924, pour des céphalées d'abord occipitales, puis frontales, ressenties surtout la nuit, vers 2 ou 3 heures du matin, entraînant sou-



OBSERVATION 6. — Fig. 7.

vent le réveil et l'insomnie consécutive. L'appétit est conservé, aucune douleur gastrique. Tendance à la constipation ; les selles sont chaque jour provoquées par des laxatifs.

Rien à signaler à l'examen physique, à l'exception d'un

souffle systolique extra-cardiaque. Aucun antécédent syphilitique ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang. L'aspect général de l'abdomen et de sa paroi, est celui d'un ptosique. La région cæco-appendiculaire est sensible à la pression.

L'examen radioscopique, pratiqué dès cette époque, montre le côlon transverse abaissé en coin, dont la pointe siège à peu près à la moitié du segment transversal ; l'organe semble fixé par des adhérences côlo-épiploïques. Point appendiculaire légèrement sensible en position verticale comme en décubitus. Spasme de la deuxième portion du duodénum. Ptose gastrique, sensibilité solaire.

Sous l'influence d'un régime végétarien, céphalées et insomnies s'améliorent. Cependant, au bout d'un mois, existe encore un point appendiculaire léger ainsi qu'une douleur à la pression de l'angle sous-hépatique.

Le 22 juillet 1931, M. B..., revient consulter parce que, depuis quelques semaines, il ressent une douleur assez vive et étendue dans l'hypocondre droit, sous le rebord costal. Il éprouve comme l'impression que « le bout de la côte le gêne ». L'intestin fonctionne régulièrement et spontanément. Les céphalées ont cessé avec la constipation. Ballonnement abdominal intermittent.

A l'examen, l'abdomen apparaît souple dans toute son étendue ; mais, la fosse iliaque droite est légèrement sensible, sans défense musculaire. Le siège de la douleur est le rebord costal droit. Une sonorité pré-hépatique s'étend sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

A l'examen radiologique, après lavement opaque, apparaît un dolichocôlon transverse qui forme une volumineuse boucle interposée sous le rebord costal, en avant du foie. L'angle sous-hépatique et le cæco-ascendant, manifestement dilatés, ne sont pas interposés (fig. 7).

OBSERVATION 7. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit et de l'anse sigmoïde, accolés par péri-colite. Abscès sous-phrénique opéré six ans auparavant. Appendicite chronique probable.

Mlle V..., 38 ans, se plaint d'une voussure épigastrique, dont le développement plus ou moins considérable, n'est pas influencé par les repas. En 1923, furonculose sévère et prolongée. Ultérieurement, elle a été opérée d'un abcès sous-phrénique (250 centimètres cubes de pus extrait après incision à la hauteur de la douzième côte).

Appétit conservé, digestions faciles, fonctions intestinales normales. Règles irrégulières. L'étage supérieur de l'abdomen pointé en avant, formant un contraste marqué avec l'étage inférieur. Une sonorité pré-hépatique, d'origine colique, remonte jusqu'au milieu du sein droit. Légère résistance de la paroi et douleur localisée au point de Mac Burney accrue par la flexion de la cuisse sur le bassin.

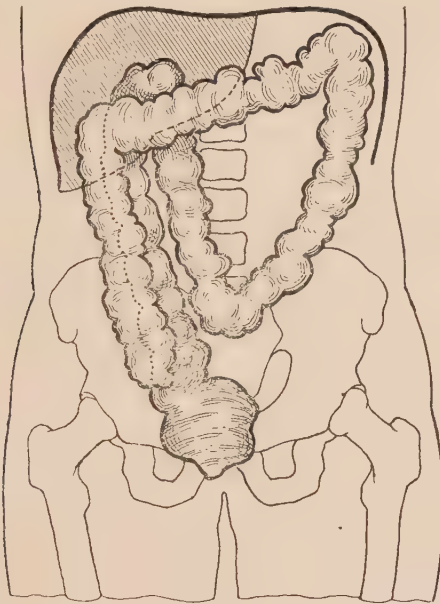


Fig. 8.

Examen radiologique (D^r Joulia). — Estomac tonique, en cascade, refoulé en haut par l'aérocolie du côlon transverse et du côlon descendant, mobile et indolore. Aérogastrie. Le bulbe duodénal est distendu en arrière de l'estomac, sous la face inférieure du foie. Indolore, il est visible en O. A. D. L'angle sous-hépatique, la partie voisine du transverse et l'anse sigmoïde anormalement élevés, se trouvent en interposition hépato-diaphragmatique, l'anse sigmoïde, attirée en haut et à droite, étant reliée au côlon ascendant par des adhérences lâches. L'aérocolie est surtout considérable dans les parties hautes du cadre colique. Stase cæco-ascendante à la 33^e heure.

OBSERVATION 8. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit. Appendicite chronique à poussées subaiguës récidivantes. Appendicectomie. Typhlo-cholécystite.

Mme Ca..., 39 ans, se plaint de douleurs abdominales. En 1914, accès fébrile prolongé, compliqué, paraît-il, de phlébite et de péritonite. Un mois après, première crise aiguë d'appendicite, avec vomissement. Dans les semaines suivantes, vives douleurs abdominales irradiant dans le dos, les épaules, avec parfois des vomissements. Pendant 3 ans, crises analogues à la première, se succédant à intervalles plus ou moins rapprochés et motivant l'appendicectomie. Malgré l'intervention, la douleur abdominale droite persiste à peu près constante et bientôt irradie dans la cuisse et la jambe droites. Ces douleurs aggravées de vomissements après tous les repas, finissent par entraver le travail et même l'alimentation.

En 1923, gastro-ligamentopexie, qui entraîne une sérieuse amélioration. La douleur de la fosse iliaque droite, au lieu d'être continuelle, n'est plus que périodique. Les crises se reproduisent toutes les 3 semaines environ, durent 6 à 8 jours, nécessitant quelquefois l'alitement. Chaque crise est précédée de frissons, de nausées et d'anorexie. La douleur siège dans la fosse iliaque droite, irradie dans la cuisse et la jambe du même côté.

La crise coïncide avec la dilatation des veines superficielles de la jambe et du côté droit de l'abdomen. Au cours de certaines d'entre elles, la douleur irradie également dans le dos sous le rebord costal droit et dans l'épaule droite. La constipation est de règle au cours des crises. Les vomissements abondants calment les douleurs.

L'examen physique met en évidence une interposition hépato-diaphragmatique du côlon et une hyperesthésie du crural.

Poumons et cœur normaux. Tension artérielle : Mx : 16, Mn : 9,5.

Examen coprologique. — Ni amibes, ni kystes, ni autres parasites, ni leucocytes ou hématies ; la flore Gram négatif de fermentation prédomine nettement sur la flore Gram positif de putréfaction.

Examen radiologique (D^r Blanche). — Après lavement opaque, remplissage très rapide et sans aucun arrêt, de tout le cadre colique. Sans excès de pression, la valvule iléo-cæcale est rapidement franchie après injection complète du gros intestin. Le cæco-ascendant est mobile, à bords réguliers, légèrement dilatée ; bas-fond en situation normale. Sensibilité diffuse de tout le cæco-ascendant, sans localisation nette (fig. 9).

En position verticale et avant lavement opaque, l'angle hépatique remonte assez haut, mais paraît rester au-dessous de l'ombre homogène du foie. Le transverse est haut situé, mobile, sans irrégularité des bords. En position couchée,



OBSERVATION 8. — Fig. 9.

ainsi qu'après injection du côlon par lavement opaque, l'angle hépatique s'interpose entre la face antérieure du foie et la paroi costale.

OBSERVATION 9. — Appendicite chronique. *Péricalite ascendante remontant jusqu'au carrefour supérieur. Constipation avec stase intestinale chronique et signe d'auto-intoxication d'origine intestinale. Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit.*

Mlle Ch..., âgée de 21 ans, consulte le 7 décembre 1931 pour troubles digestifs se traduisant par l'aspect saburral de la langue et une diminution de l'appétit allant parfois jusqu'à l'anorexie. En 1930 et en septembre 1931 elle se plaignait de vertiges et de tout un ensemble de troubles caractéristiques d'un état de dépression neuro-psychique.



OBSERVATION 9. — Fig. 10.

Colon ascendant et angle hépatique sous incidence O. A. G.

Dans l'enfance, à plusieurs reprises elle a ressenti des douleurs abdominales bientôt suivies de vomissements. Constipation opiniâtre. Régulée à l'âge de treize ans, le flux menstruel revient tous les vingt-trois à vingt-quatre jours, pendant sept jours. L'examen physique du cœur et des poumons ne révèle rien de pathologique. Le pouls bat régulièrement à 56 ; la tension artérielle se chiffre à Mx : 11, Mn : 7. Le foie est de dimensions normales. L'abdomen est un peu tendu mais indolent.

En somme, pas de signes cliniques certains d'appendicite chronique, typhlo-colique probable. Tendances à la constipation avec signes d'intoxication (langue sale, inappétence, hypotension, bradycardie, insuffisance pluriglandulaire).

L'examen radiologique est pratiqué par le docteur Joulia : Estomac légèrement hypotonique (moins un centimètre), un peu attiré vers la droite dans sa région pylorique et refoulé par l'aérocolie de l'angle splénique. Légère aérophagie. Transit pyloro-duodénal irrégulier par spasmes de D2 et D3. Bulbe en rétro-position. Appendice allongé, remontant verticalement le long du bord externe du cæcum, légèrement douloureux au palper en positions horizontale et verticale. Contractions profondes du cæcum. Angle sous-hépatique haut situé, en interposition hépato-diaphragmatique, fixé par un tractus colo-hépatique et colo-pylorique qui maintient l'estomac en dextro-position. Cet angle reste haut situé même en position verticale, tandis que le reste du cadre colique descend de quelques centimètres par la pesanteur.

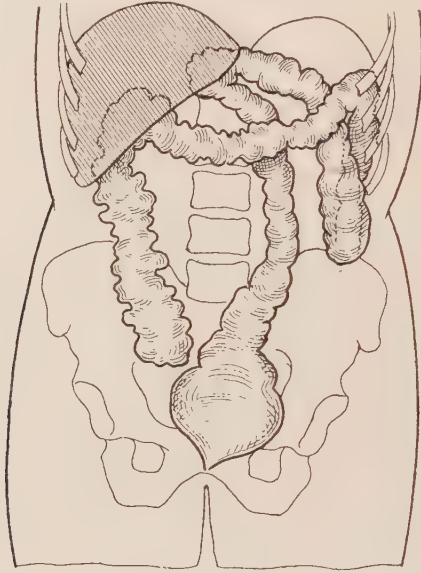
L'examen clinique pratiqué le 9 décembre met en évidence une interposition hépato-diaphragmatique manifeste de l'angle sous-hépatique, qui remonte d'environ un travers de main sur la partie antérieure, dans la région axillaire, ainsi qu'une sensibilité nette au point de Mac Burney avec légère défense pariétale et signe de Meltzer.

OBSERVATION 10. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit et parfois des anses grêles refoulées par une dolichocolon sigmoïde considérable. Cholécystite chronique et périviscérite du carrefour supérieur. Aéoro-entéro-colie.

Mme Gar..., 30 ans, souffre depuis 2 à 3 ans du côté droit de l'abdomen, sans horaire fixe. A l'exception d'une sensation inconstante de pesanteur, elle ne se plaint d'aucune douleur gastrique et l'appétit est conservé. Migraines fréquentes. Constipation habituelle depuis de longues années, accentuée depuis quelques mois, sans glaires ni peaux. Règles normales.

A l'âge de 8 ans, fièvre bilieuse des pays chauds.

Poumons et cœur normaux. Tension artérielle : Mx : 12, Mn : 8 (Vaquez-Laubry). Paroi abdominale amincie, éraillée (deux gossesses antérieures), un peu étendue par le météorisme intestinal. A la percussion de l'hypocondre droit, on



OBSERVATION 10. — Fig. 10.

perçoit sur l'aire de matité hépatique, la sonorité colique constatable aussi bien en position verticale qu'en décubitus dorsal. Atonie et distension intestinales. Hypertrophie splénique modérée.

Examen radiologique (D^r Joulia). — Estomac hypertonique, en cascade. Aérophagie. Sensibilité vésiculaire. Evacuation gastrique normale. Pas de spasme pyloro-duodéal. Dolichocolon sigmoïde considérable, remontant jusqu'au carrefour supérieur et refoulant les anses grêles. Tympanisme sous-hépatique. L'angle sous-hépatique remonte très haut sous le foie, mais n'est pas interposé entre le foie et le diaphragme (fig. 10). La sonorité à la percussion de la région hépatique est due à l'aérocolie des anses grêles sous-hépatiques plus ou moins refoulées par l'anse sigmoïde. La palpation de l'angle hépatique est légèrement sensible ; mais le maximum de sensibilité est au niveau de la vésicule biliaire. Cæcum bas situé,

mobile, indolore. L'ensemble du cadre colique est peu descendu, soutenu par les anses grêles météorisées. A la 24^e heure, après évacuation spontanée, le bol opaque stagne encore dans le côlon ascendant, le côlon transverse, le descendant et une portion du dolichocôlon sigmoïde. A la 31^e heure, il en reste encore dans la portion verticale de l'anse sigmoïde.



OBSERVATION 10. — Fig. 11.

Un second examen du gros intestin est pratiqué à la 15^e heure de la digestion d'un repas opaque, pris en deux fois, à 6 heures d'intervalle. La tête du train opaque se trouve répartie dans les dernières anses iléales, le côlon ascendant, le transverse, l'angle spénique et le début du côlon descendant.

En position verticale, le cæcum est bas situé et le côlon ascendant remonte jusqu'aux fausses côtes. L'angle hépatique et le début du côlon transverse sont fixés au carrefour. Pas d'interposition hépato-diaphragmatique de l'angle. La portion iliaque gauche du côlon transverse descend obliquement de haut en bas et de droite à gauche dans la cavité abdominale.

Mais, en position horizontale, le côlon ascendant remontant à 4 centimètres environ au-dessus du rebord chondro-costal, s'insère entre le bord costal et la face antérieure du foie. Un lavement opaque est administré, qui permet de constater, comme au cours du précédent examen, un dolichocôlon sigmoïde considérable qui cependant remonte moins haut sous la face antérieure du foie, car sa branche est plus basse et les anses grêles sont moins refoulées de bas en haut. Par contre, l'angle hépatique étant moins comprimé, remonte davantage en avant du foie, jusqu'à 5 ou 6 centimètres, au-dessus du rebord chondro-costal.

Il est intéressant de signaler l'évidence, au cours de ce second examen, de l'*interposition hépato-diaphragmatique de l'angle droit du côlon* (fig. 11) qui n'apparaissait pas nettement, la première fois, à cause du refoulement plus accentué du dolichocôlon sigmoïde.

OBSERVATION 11. — Périviscérite du carrefour supérieur chez un éthylique ancien, se traduisant cliniquement par une interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit et, subjectivement, par des troubles douloureux du type angineux, sans symptômes cardiaques ou aortiques. Cholécystite.

M. L... est envoyé à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Boucicaut, le 15 novembre 1930, par le docteur Allée, pour des douleurs précordiales à type d'angor, qui irradient dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit. Depuis une quinzaine de jours, la douleur est continue, augmentée cependant par l'ingestion des aliments. Elle entraîne de l'insomnie et parfois des maux de tête. Pas d'amaigrissement ; appétit conservé. Selles normales et régulières.

Ce sujet gros fumeur, et qui a contracté quelques habitudes éthyliques, a souffert déjà, en 1917, de semblables crises douloureuses. Il aurait alors maigri de deux kilogrammes. A l'examen clinique, le cœur, les poumons et le système nerveux sont normaux. La tension artérielle, mesurée à l'appareil de Vaquez-Laubry, se chiffre à Mx : 14, Mn : 8. La rate est perceptible sur deux à trois travers de doigt. La limite supérieure

du foie occupe sa place habituelle. La percussion de l'hypocondre droit fait entendre une sonorité à timbre abdominal qui s'interpose sur la ligne médiane et aussi dans la région axillaire, au-dessus de la matité hépatique. Léger météorisme abdominal diffus.



OBSERVATION II. — Fig. 12.

L'examen radiologique (D^r Blanche), après préparation par ingestion de gélobarine, quinze heures, onze heures et sept heures avant l'examen, permet d'apercevoir le gros intestin jusqu'à l'angle splénique. Le bas-fond cæcal est mobile, non douloureux. L'angle colique droit, en position verticale, affleure le rebord costal. Les portions avoisinantes du côlon as-

cendant et du transverse sont accolées. La dissociation est possible, mais entraîne une vive sensibilité.

En décubitus dorsal l'angle hépatique remonte de deux travers de doigt et s'interpose en avant du foie. L'estomac est orthotonique. Son bas-fond est à un travers de doigt au-dessous des crêtes. Son évacuation est retardée. Dans son déplissement, l'autre prépylorique attire l'angle hépatique presque au contact (déplacement en masse de l'ancre, de l'anse duodénale et de l'angle hépatique).

Un lavement opaque est administré quelques jours plus tard, qui entraîne le remplissage rapide et sans arrêt de tout le cadre colique. Le transverse est haut situé. Au niveau de l'angle hépatique, les portions avoisinantes du transverse et de l'ascendant sont accolées et interposées en avant du foie, débordant en haut le rebord costal d'environ deux travers de doigt. La boucle que forme ces deux segments coliques n'est pas accessible à la palpation, du fait de l'interposition et l'on ne parvient à provoquer la dissociation sous aucune incidence. En décubitus ventral, l'angle colique droit, toujours interposé, s'étale en largeur ; mais l'accolement ne se dissocie pas.

OBSERVATION 12. — Cholécystite ancienne. Thyphlo-colite. Péricolite avec adhérences transverso-ascendantes. Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit. Périviscérite du carrefour sous-hépatique.

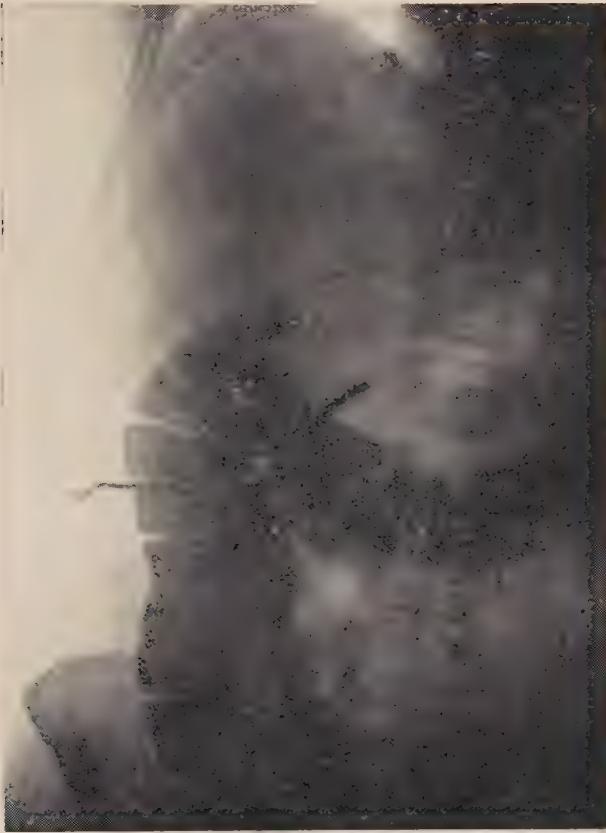
M. Henri D..., âgé de trente-sept ans, employé, vient consulter en janvier 1928 pour des douleurs épigastriques et pour une sensation de pesanteur qui survient deux à deux heures et demie après tous les repas. Il se plaint, en outre, d'une légère gêne de l'hypocondre droit, d'éruclations et de constipation. Signe de Murphy.

L'examen radioscopique, pratiqué à cette époque, montre que l'estomac est oblique, attiré à droite. Pas de ptose ni de déformation des courbures. Passage pyloro-duodénal sans arrêt.

Un traitement s'adressant à la cholécystite et à la constipation est prescrit.

Henri D..., revient à la consultation le 23 mars 1929, pour des troubles semblables, et attire notre attention sur une gêne qu'il localise dans le flanc gauche. Il ne souffre pas la journée ; mais, vers quatre heures du matin, il est brusquement réveillé par des douleurs épigastriques irradiant dans le flanc gauche. Il s'agit d'une sensation très pénible de brûlure, calmée par la chaleur et qui se termine par une évacuation de gaz.

Constipation opiniâtre, régurgitations acides, appétit conservé. Pas d'amaigrissement. L'examen des appareils cardiovasculaire et broncho-pulmonaire ne révèle rien de pathologique. La tension artérielle se chiffre à Mx 13 1/2, Mn : 8 et demi.



OBSERVATION 12. — Fig. 13.

Après une longue période durant laquelle il ne se plaint que de constipation, ce malade revient consulter le 27 octobre 1931 pour une gêne douloureuse de l'hypocondre droit. L'examen clinique fait porter le diagnostic de typhlo-cholécystite (cæcum spasmé, un peu douloureux à la pression, signe de Murphy).

L'examen radioscopique (D^r Blanche) est renouvelé le 14 novembre 1931 : estomac ptosé à — 2. Légère attraction du pylore à droite. Mobilité conservée. Contractibilité et évacuation normales. Le bulbe et le duodénum sont spasmodés. Le transit duodénal se fait irrégulièrement, avec des points d'arrêt. Les différentes portions sont sensibles à la palpation.

Après l'ingestion de gélobarine (en trois prises en commençant quinze heures avant l'examen), le côlon est injecté presque en totalité. Le caeco-ascendant, mobile, remonte en position couchée. L'angle droit, dans cette dernière position, s'interpose en avant du foie, sous le rebord costal, ainsi d'ailleurs que le pylore qui le suit dans tous ses déplacements.

Le 28 novembre 1931, par le lavement opaque, nous assistons au remplissage rapide et sans arrêt de tout le cadre colique. L'interposition hépato-diaphragmatique de l'angle droit est visible sur un à deux travers de doigt. La dissociation des portions avoisinantes du côlon ascendant et du transverse se fait difficilement et provoque des réactions. Pas de localisation douloureuse nette à la palpation profonde.

OBSERVATION 13. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit, dans les régions sous-mamelonnaire et axillaire, disparaissant en station verticale. Constipation habituelle. Typhlo-colite. Ptose de l'angle sphénique du côlon. Péricécrite du carrefour supérieur.

Mme D., se plaint de ballonnement abdominal à peu près permanent depuis un mois. Hystérectomie totale en 1908. Soignée il y a quinze ans pour ptose gastrique. Constipation habituelle. Au ballonnement s'ajoutent rapidement des nausées, de la lombalgie, des céphalées, l'inappétence et une extrême fatigabilité. D'une constitution émotive-anxieuse manifeste, cette malade souffre de ballonnement abdominal à la moindre contrariété.

A l'examen physique, poumons et cœur sains. Météorisme abdominal. Limite supérieure du foie normale ; mais une sonorité préhépatique s'étend sous la face antérieure des fausses côtes, sur une hauteur de 2 à 3 travers de doigt, se prolongeant jusqu'à la ligne axillaire. Dans la fosse iliaque droite, légère sensibilité sans réaction de défense. Les réflexes tendineux sont brusques et amples. Les pupilles réagissent bien à la lumière.

Examen radiologique (D^r Blanche). — Estomac de type orthotonique, le bas-fond descendant jusqu'à la ligne bi-ilia-

que ; courbures régulières ; mobilité parfaite. Aucun point douloureux sur l'aire et les bords gastriques. Contractions énergiques et rapidement efficaces. Bulbe triangulaire, à bords réguliers ; le transit duodénal s'effectue lentement à plein calibre. Anse duodénale à grand rayon, mobile, se relevant sensiblement en passant de la position verticale au décubitus dorsal. Après administration d'un lavement opaque, elle entraîne dans son déplacement l'angle hépatique du côlon (dissociation difficile mais non douloureuse).



OBSERVATION 13. — Fig. 14.

L'exploration du gros intestin met en évidence deux anomalies constantes : 1° ptose de l'angle splénique, qui persiste même en décubitus dorsal ; 2° l'angle hépatique du côlon, très dilaté, est placé en avant du foie. Cette disposition disparaît en

station verticale ; mais toujours, l'angle hépatique reste solidaire de l'anse duodénale. Cæco-ascendant mobile dans son ensemble.

Le péristaltisme du gros intestin, particulièrement violent, vide assez fréquemment certains segments et plus spécialement le côlon descendant, accentuant ainsi la modification topographique signalée ci-dessus.

OBSERVATION 14. — Interposition hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit. Typhlo-colite ancienne. Angiocholécystite passagère et pyélo-néphrite avec cystite à staphylocoques, d'origine intestinale. Péricolite, Dolichocôlon sigmoïde.

M. R..., 56 ans, gros mangeur, est atteint depuis longtemps de troubles intestinaux : constipation habituelle avec selles parfois glaireuses et membraneuses, mais ne contenant jamais de sang.

A 15, 20 et 24 ans, crises de rhumatisme articulaire aigu, sans complication cardiaque.

Depuis un an, retard de la miction matinale, le calibre et la force du jet de l'urine sont diminués. Depuis janvier dernier, amaigrissement, fatigue, perte de l'appétit et, vers 17 ou 18 heures, sensation pénible de brûlures gastriques. Il y a un mois, au cours d'une poussée fébrile, évolua un léger subcité avec selles décolorées. Il y a 15 jours, recrudescence des troubles urinaires avec état fébrile (38°5) persistant.

Malade amaigri, en état de dépression neuro-psychique. Poumons et cœur normaux. Tension artérielle : Mx : 11,5, Mn : 7 3/4 au Vaquez-Laubry. Météorisme abdominal. Foie de volume normal. Sensibilité vésiculaire. A la percussion, zone de sonorité triangulaire à sommet supérieur en dedans de la ligne mamelonnaire, sur une hauteur de 5 centimètres, qui se continue, au phonendoscope, avec la sonorité du côlon ascendant et du côlon transverse. Cæcum très dilaté, épaissi, sensible. Distension du côlon descendant (dolichocôlon probable). La fosse rénale droite est un peu douloureuse à la pression. Points douloureux urétraux, para-ombilicaux droits et gauches. Réflexes tendineux faibles mais conservés. La zone sonore révélant l'interposition, persiste avec les mêmes caractères, à un second examen pratiqué 8 jours après le premier.

Examen des urines. — Présence de pus. Staphylocoques blancs en abondance, à l'état de pureté.

A un examen ultérieur, pratiqué après 15 jours de traitement, l'abdomen est redevenu souple, l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon a disparu en même temps que le mé-

téorisme. Mais, la reprise trop hâtive d'une alimentation carnée, provoque de nouveau le météorisme abdominal et l'interposition reparaît.

Radiologie (D^r Joulia). — Estomac tonique, évacuation normale. Situation et fonctions pyloro-duodénales normales. A la 4^e heure, le bol opaque est dans les parties basses de l'intestin grêle. Cæcum en position basse, dilaté, mobile, indolore. Côlon ascendant très dilaté, aérocolique, considérablement allongé et bordant la face inférieure du foie, aussi bien en position verticale qu'en décubitus horizontal ; il paraît être fixé. Impossible de voir la situation de l'angle sous-hépatique qui est complètement effacé. Le côlon transverse occupe la partie la plus haute de la cavité abdominale, passant en avant de l'estomac et soulevant le diaphragme gauche. Dolichocôlon sigmoïde considérable, doublant en dedans le côlon descendant et remontant jusqu'à l'hypocondre gauche. Tous les segments coliques sont assez profondément contractés et contiennent un mélange de gaz et de masses opaques du bol ingéré ; leur mobilité est très limitée ; sensibilité de tout le cadre colique.

OBSERVATION 15 (personnelle). — *Typhlo-colite-périviscérale sous-hépatique. Interposition hépato-diaphragmatique du côlon.*

M. Jean D...; âgé de 29 ans, employé, vient consulter en juin 1932 pour des troubles digestifs qui surviennent depuis trois ou quatre ans d'une façon intermittente et qui durent de huit à dix jours. Ces troubles se traduisent par une sensation de pesanteur immédiatement après tous les repas et par une douleur gastrique sourde qui survient trois à cinq heures après. La douleur n'irradie pas ; elle est calmée par l'ingestion d'aliments ou par des boissons ou par des alcalins. Depuis un mois cette douleur survient tous les jours tandis qu'avant elle survenait par périodes de 8 à 10 jours seulement. Jamais de vomissements. Constipation.

Examen : Sonorité pré-hépatique dépassant le rebord costal de trois travers de doigt. Rate percevable. Pas de point douloureux appendiculaire ni vésiculaire.

Examen radioscopique : Après préparation habituelle la baryte est dans le côlon. En position debout l'angle colique droit est abaissé et ne dépasse pas la crête iliaque. En décubitus, il s'élève et vient s'interposer. Il est à deux travers de doigt au-dessus de la ligne bi-iliaque impossible à atteindre par la palpation.

L'estomac est élevé, attiré vers la droite ; poche à air nor-

male. Pas de liquide résiduel. Courbures régulières. Peu de contractions.

En décubitus, le *bulbe duodénal* s'interpose aussi. Il est impossible de le palper. Il se trouve à un demi-centimètre de l'angle colique droit. *Il est impossible de séparer ces deux organes puisque la pression manuelle ne peut s'exercer sur eux.*

Le côlon droit et le cæcum ne montrent pas de points douloureux localisés. Il n'y a pas d'accolement aux angles. Pas de couture ni d'obstacle.

OBSERVATION 16. — Appendicite opérée il y a sept ans. Salpingite post-puerpérale remontant à six ans. Pérityphlite et péricolite des angles droit et gauche consécutives. Périviscérite du carrefour sous-hépatique avec interposition hépato-diaphragmatique de l'angle droit.

Mme L..., âgée de 27 ans, conditionneuse, entre à l'hôpital Boucicaut pour une angine aiguë fébrile, entraînant une dysphagie très douloureuse, et pour des douleurs abdominales. Elle a déjà subi trois interventions, dont une pour angine phlegmoneuse il y a trois ans. Céphalées fréquentes. Elle a été soignée dans une consultation de gynécologie, pour salpingite, pendant cinq ans.

La tension artérielle s'élève à Mx : 12, Mn : 8,5. Du point de vue digestif, elle se plaint d'une pesanteur gastrique avec douleur à l'épigastre, survenant sans horaire fixe et s'accompagnant parfois de vomissements. Météorisme abdominal.

L'examen montre une zone de sonorité colique interposée en avant du foie, sur la ligne mamelonnaire, sur une hauteur d'environ deux travers de doigt. Toute la région de l'hypochondre droit et du cæco-ascendant est sensible à la palpation.

Le début des troubles digestifs remonte à six ans et coïncide avec des suites de couches pathologiques (salpingites). C'est depuis cette époque que Mme L... ressent, par périodes, des douleurs localisées à la fosse iliaque droite ; douleurs accentuées par le décubitus dorsal et surtout intenses après les règles. Ces douleurs se compliquent d'une gêne hypogastrique accompagnée parfois de vomissements.

L'examen gynécologique ne montre plus, à l'heure actuelle, qu'un peu de sclérose du ligament large gauche, traces de lésions inflammatoires aujourd'hui éteintes. Ajoutons que cette femme a été opérée pour appendicite il y a sept ans et que, au palper pratiqué en dedans du côlon ascendant, on perçoit une sensation de résistance intermédiaire entre la contracture pariétale superficielle et l'empâtement profond.

Examen radioscopique (D^r Blanche) : Après ingestion fractionnée de gélobarine, en commençant 15 heures avant l'examen, la masse opaque dessine le gros intestin jusqu'à la partie moyenne du transverse. Pas de stase iléale. L'angle colique droit, en position verticale, apparaît à environ un travers du doigt au-dessus de la crête iliaque droite ; mais la portion



OBSERVATION 16. — Fig. 15.

voisine du transverse, située à environ deux travers de doigt au-dessus de l'angle est adhérente au duodénum. Le cæco-ascendant, très mobile, se relève de trois travers de doigt en décubitus dorsal. Dans cette position, l'angle colique droit s'interpose sous le rebord costal de plus d'un travers de doigt.

L'estomac est petit, le bas-fond est à deux travers de doigt au-dessus de la ligne bi-iliaque. L'antra pré-pylorique est légèrement attirée à droite, au contact de la boucle du transverse précédemment signalée. Mobilité gastrique normale. Pas de points douloureux. Evacuation rapide. Transit duodénal à plein calibre. Toute l'anse duodénale, mobile, se relève de trois travers de doigt en décubitus dorsal. Elle est au contact de l'angle colique droit. A la palpation, douleur diffuse du cæco-ascendant.

Deuxième examen par lavement opaque : Remplissage rapide de tout le gros intestin, avec seulement un léger temps d'arrêt à l'angle splénique. L'angle colique droit est couché sous le diaphragme. Les portions avoisinantes du transverse et du descendant sont accolées. Points douloureux sous le rebord costal gauche, exactement où débute l'accolement. Le transverse est haut situé. L'angle colique droit s'interpose d'environ un travers de doigt sous le rebord costal, il est presque parallèle à ce rebord. Le cæco-ascendant est dilaté. Le bas-fond mobile est attiré à gauche vers la ligne médiane. Le cæcum est sensible. Aucun point douloureux localisé.

OBSERVATION 17 (personnelle). — Prurit anal. Dysenterie amibienne. Péricolite T. A. avec fixation du C. T. sous-hépatique et interposition hépato-diaphragmatique du colon.

Joseph C..., âgé de 49 ans, électricien, a été pendant la guerre à Salonique. Paludisme et dysenterie.

A eu alors deux crises de dysenterie qui ne présentent pas les mêmes caractères :

Première crise : Durée 2, 3 jours ; fébrile, selles très nombreuses, liquides et sanglantes.

Deuxième crise : Durée 15 jours, selles noires moins nombreuses, moins liquides. Fièvre, mais le malade avait alors des accès palustres.

Depuis 1923, *prurit anal* sans rémission qui souvent l'empêche de dormir. A encore souvent des crises de diarrhée et des accès fébriles qu'il attribue à son paludisme.

Etat général assez bon avec des périodes de fatigues. *Migraines* très fréquentes.

Eruptions à la face de petites papules presque confluentes, non prurigineuses.

Jaunisse en novembre 1932. Fièvre à 39.

En résumé : Dysenterie amibienne ancienne (sequelles). Péricolite sous-hépatique avec interposition colique.

Examen radiologique : après préparation habituelle la ba-

ryte est dans les côlons. Ceux-ci sont injectés presque à l'angle gauche. Le côlon ascendant très allongé remonte très haut mais l'angle colique droit n'est pas interposé. Le transverse est aussi très élevé au ras du rebord costal.

Le cæcum est souple et bien mobile à la palpation ; l'ascendant est très peu mobile et paraît empâté, le transverse également.

Lorsqu'on fait ingérer de la baryte, l'estomac s'injecte et son fond se superpose d'abord à l'ombre du transverse puis passe au-dessous. Le transverse n'encadre plus le fond gastrique ; il est adhérent tandis que le fond de l'estomac conserve encore une assez bonne mobilité. La poche à air est normale. Il n'y a pas de liquide résiduel. Les courbures sont régulières ; les contractures énergiques. Le bulbe triangulaire et l'anneau duodénal normaux. Il y a donc un syndrome de péricolite non de périgastrite.

OBSERVATION 18 (personnelle). — Péricolite et interposition vraie de l'angle hépatique et adhérences sous-hépatique.

Marcelline Ch..., âgée de 43 ans, libraire, entre dans le service pour des crises de coliques survenant quotidiennement à horaire fixe après les repas.

Ces crises ont débuté il y a six ans. D'abord isolées : 2 ou 3 heures après son repas de midi ou du soir, la malade a été prise de douleurs violentes commençant du creux épigastrique, devenant maximum dans l'hypochondre droit, s'irradiant dans le dos et dans l'épaule droite. Elles durent de 3 à 5 heures et cessent brusquement. Après la crise, la malade a le teint jaune, parfois également, dit-elle, le blanc des yeux. Elle n'a pas de fièvre ; les urines sont normales, d'apparence les selles aussi.

Pendant 5 ans, tous les 2 ou 3 mois, nouvelle crise, en général due à une infraction du régime ordonnée à la malade au début des crises.

Depuis un an les crises sont devenues plus fréquentes et il y a six mois une d'elles a duré huit jours. Ensuite elles se sont répétées 2 à 3 fois par semaine jusqu'au 4 septembre où la malade a souffert pendant 14 heures. Cette dernière crise plus violente que les autres n'a cédé qu'à la morphine.

A partir de ce jour, malgré son régime, la malade souffre quotidiennement après ses 2 repas.

Le 5 octobre 1932, elle rentre à l'Hôpital St-Louis. Les crises sont toujours quotidiennes.

Trois recherches de sang dans les selles sont positives.

Un examen rectoscopique ne montre aucune lésion. Pas d'hémorroïdes.

La malade sort de l'Hôpital St-Louis le 26 octobre 1932.

Elle vient consulter et entre dans le service de l'Hôpital Boucicaut le 7 novembre 1932. Depuis 2 mois elle a maigri de 7 kgs. Elle demeure corpulente ; a conservé son appétit.



OBSERVATION 18. — Fig. 16.

A l'examen, l'abdomen est légèrement ballonné, nullement douloureux. Le foie est difficilement perceptible. Au niveau de la vésicule, douleur légère à la pression augmentant à l'inspiration. Cœur et poumons normaux.

Examen radiologique : Estomac tonique, à contours réguliers. Bas-fond à 2 cm. au-dessus de la ligne bi-iliaque. Légère

quantité de liquide de stase surnageant le liquide opaque. Mobile spontanément et passivement. Sensibilité douloureuse au niveau du carrefour P. D. H. et du centre solaire. Spasme très accentué pyloro-duodénal, au début de la digestion, disparaissant par la suite. Péristaltisme normal. Transit duodénal par grosses masses en dehors des spasmes. Point Vatérien douloureux. Evacuation retardée environ 4 heures. Traversée du grêle normale. Légère stase iléale. Point douloureux iléo-cæcal. *Interposition vraie de l'angle hépatique*, qui reste fixé sensiblement au même niveau en position verticale.

Stase stercorale totale avec ses conséquences.

OBSERVATION 19. — Typhlo-colite, péricolite. Troubles gastriques réflexes. Périviscérite du carrefour supérieur.

M. Sylva A..., âgé de 24 ans, employé, vient consulter le 19 octobre 1928 pour des douleurs épigastriques qui surviennent immédiatement après chaque repas. Ces douleurs sont calmées par les vomissements ; elles ne sont pas calmées par l'ingestion de substances alcalines. Il est réveillé pendant la nuit par la douleur. Les douleurs sont journalières sans périodes de repos. Pas d'ictère ; pas de décoloration des matières. Il y a un peu d'amaigrissement.

A l'examen l'abdomen est météorisé avec douleur à l'épigastre. Le foie ne déborde pas. Rate normale.

L'examen radioscopique montre des taches parenchymateuses au sommet droit. Côlon transverse ptosé. Estomac un peu large, mais non ptosé. Courbures normales. Péristaltisme et évacuation normaux. Duodénum normal ; pas de ptose ; pas de stase.

Le malade est mis au régime alimentaire pendant six mois. Ses troubles s'améliorent et ce n'est qu'en 1932 qu'il revient à la consultation de l'Hôpital Boucicaut pour accentuation de la douleur épigastrique. Depuis quelques mois, cette douleur est devenue continue. Elle est moins vive en décubitus dorsal. Elle survient tous les jours. Pas de vomissement ; anorexie ; constipation. Le malade tousse et crache tous les matins. Assez bon état général.

L'examen montre une douleur nette dans la fosse iliaque droite et sensibilité du creux épigastrique. Foie, cœur et poumons normaux. Sonorité pré-hépatique s'étendant de la ligne mamelonnaire à la ligne axillaire.

Examen radioscopique : Après préparation habituelle, côlon rempli en presque totalité. Transverse ptosé à -5 mais réductible. Angle droit, normalement situé ; cæcum bien mobile. Pas de stase iléale. Estomac vide à jeun, non ptosé ; poche a

air normale. Contractilité un peu diminuée, évacuation déboulant toutefois assez vite, bulbe se dessinant bien, D₂ également, mais on observe un arrêt en *genu inférius*, qui est un peu dilaté. La partie moyenne de la deuxième portion duodénale est très insérée de l'angle colique dont on ne peut la dissocier à la palpation. Cette région est nettement sensible.

OBSERVATION 20 (personnelle). — Périviscérite sous-hépatique et interposition hépato-diaphragmatique du côlon.

M. Maurice R..., âgé de 42 ans, chauffeur d'auto, vient consulter pour des petits crachements d'eau rejetés et douleur épigastrique. Le malade a des nausées ; il crache un peu d'eau parfois teintée en rouge, ceci surtout la nuit. La douleur épigastrique à type de brûlure survient l'après-midi vers 4 ou 5 heures et durant quelques minutes, ceci 2 ou 3 jours de suite puis tout se calme pendant plusieurs semaines. Début pendant la guerre. Bon appétit mais dégoût pour viandes et graisses. Pas de vomissements. Selles normales.

Plusieurs crises d'entérite de 1914 à 1924. Le malade avait des alternatives de constipation et de diarrhée. Pendant les crises de diarrhée, il y avait de 20 à 22 selles par jour. Depuis 1924 plus rien.

L'examen montre : Teint blafard ; un peu anémié. Point douloureux dans la fosse iliaque droite. Sensibilité vésiculaire. Foie normal. Légère circulation collatérale. Sonorité pré-hépatique.

Examen radiologique fait le 19 mai 1932 : Estomac élevé dont l'antrum est attiré vers la droite. Le bulbe est couché sous le foie. Pas de liquide résiduel. Courbures régulières. Contractions énergiques et efficaces.

Evacuation normale.

Le bulbe et la deuxième portion du duodénum paraissent indissociables de l'angle colique droit injecté après préparation habituelle.

Le cæcum n'est pas douloureux à la pression. De plus le bulbe et l'angle droit sont interposés d'environ deux travers de doigt. Graphie après mise en place d'un repère le long du rebord costal droit.

OBSERVATION 21. — Périviscérite du carrefour sous-hépatique avec interposition hépato-diaphragmatique du côlon permanente, évoluant par crises, sous la forme d'accès pseudo-migraigneux. Intervention chirurgicale pratiquée cinq ans au-

paravant pour méga-côlon sigmoïde avec bride sous- et pré-termino-iléale, de nature inflammatoire.

M. Ch... vient nous consulter le 24 octobre 1930 pour céphalée paroxystique, lenteur des digestions et surtout constipation opiniâtre. Il se plaint de ressentir fréquemment des aigreurs. Son appétit est diminué. La tension artérielle prise avec l'appareil de Vaquez-Laubry, est de Mx : 13 1/2, Mn : 10. L'examen clinique ne révèle aucun trouble neurologique, cardio-vasculaire ou pulmonaire.

M. Ch... a été soigné et opéré, dans le service de M. Lardenois en juin 1927. Il était alors atteint d'un mégacôlon très volumineux, qui s'accompagnait de phénomènes gastriques intenses et d'accès migraineux avec état nauséux succédant à des crises douloureuses, dont le début se faisait toujours dans la fosse iliaque gauche. L'examen clinique confirmait alors tous ces faits et montrait l'enchaînement des troubles. A la suite d'une crise douloureuse de la fosse iliaque gauche, s'installait, pendant cinq à six jours, une constipation opiniâtre et apparaissaient des accès migraineux. Cet état durait depuis dix-huit mois, les crises se reproduisant tous les mois environ. Le tableau clinique faisait penser, au moment des crises, qu'il s'agissait d'une torsion subaiguë du mégacôlon. L'exploration radiographique démontrait l'existence d'un mégacôlon sigmoïde énorme, dont le pôle supérieur atteignait la région pylorique.

L'opération est pratiquée le 24 juin 1927. Incision médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, le sigmoïde se montre en effet exagérément long comme le signalait la radiologie ; mais les parois ne sont pas très modifiées. Avant de toucher au sigmoïde, la région iléo-cæcale est examinée. Cette recherche fut utile puisqu'elle permit de découvrir et de libérer une bride sous- et prétermino-iléale, partant du détroit inférieur, coudant l'iléon en V et le tordant sur son axe. Le fait important est, qu'en regard du repli iléal et sur le feuillet antérieur du mésentère se trouve une plaque allongée, légèrement rayonnante, qui traduit la nature inflammatoire de cette bride sous-iléale.

L'intervention est terminée par l'extériorisation du sigmoïde à la peau. Suites opératoires normales.

Cette observation qui figure dans la thèse de Jacques Krief sur *Les péricolites droites chroniques* (Paris 1928), est intéressante par la présence de la bride sous- et prétermino-iléale qui aurait pu, au cours des suites opératoires, gêner considérablement le transit iléocæcal.

Lorsque nous examinons ce malade en octobre 1930 plus de trois ans après l'opération, l'exploration physique de l'abdomen ne met en évidence qu'un seul symptôme : une zone de sonorité étendue pré-hépatique permanente. Un examen radioscopique (D^r Guilbert) après préparation (ingestion de gélobarine neuf heures avant l'examen), est pratiqué : l'intestin est visible jusqu'à l'ampoule rectale. La partie du transverse située immédiatement sous la grande courbure de l'estomac apparaît sous la forme d'une traînée très mince. Le malade a eu, cinq



OBSERVATION 21. — Fig. 12.

heures un quart après la prise de gélobarine, une selle blanche (accélération du transit). L'estomac est haut situé ; le pylore

est attiré à droite. Le palper ne réveille aucune douleur ; mais la mobilité gastrique est nulle. En position couchée, la déviation à droite s'accroît et, contrairement à ce qui se passe lorsqu'il n'existe pas de péritonite, le bas-fond gastrique est aussi nettement injecté en position ventrale qu'en position dorsale.

Au cours d'un second examen complémentaire, pratiqué trois jours plus tard, l'estomac se montre couché, situé presque sous la face inférieure du foie, le pylore est toujours nettement à droite de la colonne vertébrale. Le duodénum se développe du même côté. Le spasme pylorique retarde l'évacuation. Le duodénum, par expression, se dessine cependant, situé dans un plan antéro-postérieur. Il n'est guère visible dans sa totalité qu'en position oblique. Pas de lésion duodénale. La mobilité de l'estomac est réduite à celle de la grande courbure. Dans la manœuvre de Chilaïditi, l'organe suit bien les mouvements du diaphragme ; mais il n'y a pas de mouvement d'ascension propre.

Par lavement opaque, on vérifie la mobilité du côlon descendant et du côlon transverse. L'angle colique droit nettement injecté, se superpose à l'ombre hépatique d'environ deux travers de doigt et sur largeur de quatre à cinq travers de doigt.

Chez ce malade, nous avons affaire à une bride sous-hépatique qui se traduit cliniquement par une interposition hépato-diaphragmatique de l'angle droit du côlon. Les constatations faites au cours de l'opération, en 1927, nous permettent de soupçonner la nature inflammatoire de cette bride. L'évolution, comme au début de l'observation, se fait par des crises, certainement moins fortes, mais tout à fait comparables, avec un état nauséux, une légère gêne dans l'hypochondre droit et surtout, une céphalée rebelle aux médications usuelles, tableau symptomatique, qui rappelle assez bien celui de la migraine paroxystique.

CONCLUSIONS

Parfois, quand on examine un malade se plaignant de troubles digestifs, une percussion méthodique et soigneuse de la région hépatique fait découvrir une zone angulaire de sonorité pré-hépatique, signe d'une grande importance diagnostique.

Dans tous les cas où l'on découvre cette sonorité à l'examen clinique, il convient de contrôler et compléter cet examen par l'exploration radiologique faite de face et de profil.

Cet examen radiologique, systématiquement pratiqué à l'aide de clichés tirés de face et de profil, fera voir l'ectopie colique, son étendue, sa variété et en même temps permettra de définir les causes qui en sont l'origine.

C'est le plus souvent l'angle colique droit ou les segments voisins qui sont interposés au foie et au diaphragme, plus rarement au dolichocôlon sigmoïde, rarement le cæcum.

Cette ectopie colique est une des conséquences des péricolites adhésives abdominales, localisées dans la région sous-hépatique, auxquelles doit s'ajouter le météorisme intestinal pour que la partie colique en question s'engage entre le foie et le diaphragme.

Les variations du météorisme expliquent en grande partie les variations de l'interposition colique.

L'existence de la péricolite sous-hépatique dans l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon est constante. Aussi, cette interposition possède-t-elle une réelle valeur sémiologique : sa constatation suffit à faire affirmer l'existence d'une péricolite sous-hépatique et à en faire rechercher les causes.

Rien dans nos observations ne permet d'affirmer que cette ectopie colique peut aboutir par elle-même à des accidents graves, mais la péricolite qui la conditionne peut occasionner des accidents d'occlusion aigus, subaigus ou chroniques.

Vu : *Le Doyen :*
BALTHAZARD

Vu : *Le président de Thèse :*
LOEPER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- AUBOURG. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Médicale de France*, 13 avril 1926.
- CHILAUDITI. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Médicale de France*, 13 décembre 1910.
- LETULLE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Médicale de France*, 12 novembre 1912.
- BONNAMOUR, BADOLLE, BEAUPÈRE. — *Journal de radiologie*, 1926.
- M.-P. WEIL. — *Annales de Médecine*, 1920.
- BONNAMOUR, COTTE, BADOLLE et BEAUPÈRE. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 juin 1924.
- BARJON et DUPASQUIER. — *Lyon Médical*, 12 octobre 1913.
- Laurent MOREAU. — *Archives d'électricité médicale*, septembre 1917.
- A. BÉCLÈRE. — *Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, mai 1899.
- Laurent MOREAU. — *Progrès Médical*, 16 mars 1918.
- CHILAUDITI. — *Progrès Médical*, 1919.
- HUGUET. — *Journal de Radiologie*, N° 9, 1923.
- SLOAN. — *Surgery, gynecology and obstetry*, 1920.
- HADENGUE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Médicale de France*, mai 1919.
- PODKAMINSKY. — *Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen*, août 1927.
- BÉCLÈRE. — *Traité de Radiologie Médicale*, 1904.
- MEYER. — *Berl. Klin. Wochensch.*, 1904, 18/IV.
- WEINBERGER. — *Atlas den Radiographie*, Tbl. XX.
- COHN. — *3° Kong. der D.R.G.* S. 66.
- WEINBERGER. — *M. Kl.* ; 1908, S. 584.

PERUSSIA. — *La Riforma Medica*, 1916/3.

BOIDI-TROTTI. — *B. Acad. di Med. di Torino*, janvier 1918.

BURGER. — *Klin. Wochensch.*, 1925, N° 3.

DILLESEGER. — *Archives d'Electricité Médicale*, mai 1930.

Robert SOUPAULT. — Interposition inter-hépto-diaphragmatique du côlon. Diverticule du duodénum. Ulcus térébrant du duodénum. *Arch. des mal. de l'App. digestif et des maladies de la nutrition*, t. XX, N° 3, mars 1930.

